To: (10)(2e) (10)(2e), . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e)) (10)(2e) (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), . ((10)(2e))
Sent: Thur 5/14/2020 6:53:45 PM
Subject: FW: Opmerkingen Ieder(in) bij routekaart (complete versie)
Received: Thur 5/14/2020 6:53:46 PM
image001.jpg
20200513 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 22.54 opmIeder(in).docx

Ha (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e),

Ieder(in) heeft ons de reactie op de routekaarten gestuurd. Daarin zitten ook opmerkingen op het Jeugd-deel. Die stuur ik bij deze aan jullie door!

Groet,

(10)(2e)

---

(10)(2e)
(10)(2e) "Onbeperkt meedoen!"

M 06 (10)(2e)
E (10)(2e) @minvws.nl
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Maatschappelijke Ondersteuning
Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag
Parnassusplein 5, 2511 VX, Den Haag

Blijf op de hoogte van het programma Onbeperkt meedoen!
Bezoek www.rijksoverheid.nl/onbeperktmeedoen en meld u aan voor de nieuwsbrief en het online magazine.

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

270574

(10)(2e)

Dubbel

To: (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]
From: (10)(2e))
Sent: Mon 5/11/2020 2:17:07 PM
Subject: overleg fitnessbranche
Received: Mon 5/11/2020 2:17:08 PM
RE: afspraak maandag.eml
RE: communicatie.eml
protocol verantwoord sporten Fitness.eml

Hi (10)(2e),

Zoals gevraagd hierbij onze contacten met de brancheorganisatie Nlactief. Zet jij dit aan de landsadvocaat door?

- Iedere week meermaals telefonisch contact met (10)(2e) en (10)(2e)
- Daarin hebben we o.a. gesproken over steunpakket, de werkwijze/tijdslijnen rondom het protocol, hen geïnformeerd over adviezen OMT en besluiten MCCB
- Daarbij hebben we ook uitleg gegeven over de argumentatie achter besluiten

- Morgen (11 mei) is er een telefonische afspraak tussen (10)(2e) en NLactief
- Insteek is om:
  - Uitleg te geven over de reden waarom de sportscholen nog niet open kunnen
  - Welke ideeën er leven bij de brancheorganisatie om het risico op verspreiding van het virus te reduceren
  - Dat wij die ideeën graag voorleggen aan het OMT om te bezien of dat tot een ander advies leidt op basis waarvan het kabinet een ander besluit kan nemen mbt opening sportscholen

Hoop dat je hier eerst mee uit de voeten kunt!

(10)(2e) (10)(2e) | (10)(2e)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Sport |
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag |
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
M: 06 (10)(2e) | E-mail: (10)(2e)@minvws.nl|

Werkdagen: (10)(2e)

To: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbuza.nl]; (10)(2e) . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)][(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) @minvws.nl[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e)
Sent: Wed 5/6/2020 2:35:58 PM
Subject: FW: 1st Extraordinary Meeting of ACS Ministers of Foreign Affairsand Ministers of Health on COVID-19- Note C.101/2020/SG[WARNING : MESSAGEENCRYPTED]
Received: Wed 5/6/2020 2:36:06 PM
SG2020C101EN.pdf
MISC20202WP.003EN.DOCX
MISC20202WP.002EN.DOCX
TOR - COVID Technical Meeting EN.DOCX

Collegae,

Bijgaand verslag van de technische meeting die afgelopen maandag heeft plaatsgehad van de Association of Caribbean States. Met name het derde document MISC2020WP.002EN (TRACKING COVID 19 IN THE GREATER CARIBBEAN: TOWARDS A REGIONAL MITIGATION AND RECOVERY STRATEGY FOR THE MEMBER STATES AND ASSOCIATE MEMBERS OF THE ASSOCIATION OF CARIBBEAN STATES) biedt een aantal nuttige handvaten/aanknopingspunten voor verdere uitwerking OMT advies. Gaat ook in op acties die andere landen in de regio ondernemen om de gevolgen van de crisis te mitigeren. Ik zal proberen de hoofdpunten eruit te halen en deze nog even op papier te zetten. Maar bij deze alvast het volle verslag.

From: POR-CDP <(10)(2e)@minbuza.nl>
Sent: Wednesday, 6 May, 2020 4:19 PM
To: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e)@gobiernu.cw; (10)(2e) <(10)(2e)@sintmaartengov.org>; Abath, Edwin <(10)(2e)@minbuza.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>
Subject: FW: 1st Extraordinary Meeting of ACS Ministers of Foreign Affairs and Ministers of Health on COVID-19- Note C.101/2020/SG[WARNING : MESSAGE ENCRYPTED]

From: Office of the Secretary General (ACS-AEC) <(10)(2e)@acs-aec.org>
Sent: woensdag 6 mei 2020 08:35
To: English Speaking Members <(10)(2e)@acs-aec.org>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@acs-aec.org>; (10)(2e) <(10)(2e)@acs-aec.org>; (10)(2e) <(10)(2e)@acs-aec.org>; (10)(2e) <(10)(2e)@acs-aec.org>; (10)(2e) <(10)(2e)@acs-aec.org>
Subject: 1st Extraordinary Meeting of ACS Ministers of Foreign Affairs and Ministers of Health on COVID-19- Note C.101/2020/SG[WARNING : MESSAGE ENCRYPTED]

(10)(2a)

Help save paper! Do you really need to print this email?

To: (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]
Cc: (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minbuza.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minbuza.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@zorgverzekeringskantoor.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@zorgverzekeringskantoor.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/20/2020 10:02:43 AM
Subject: Contracten TMI en BKV - detachering zorgprofessionals op Cariben (oalC's)
Received: Wed 5/20/2020 10:02:45 AM
Offerte TMI.pdf
DVO TMI 201865006.026.143.docx
Offerte BKV.pdf
DVO BKV 201865006.026.149.docx

Hallo (10)(2e)

Kun jij vandaag bijgevoegde overeenkomsten met de Nederlandse detacheringsbureaus TMI en BKV ondertekenen (in de bijlagen de ingediende offertes)? @(10)(2e) kun jij de overeenkomsten op VWS briefpapier uitprinten, laten ondertekenen op iedere pagina, en ingescand naar me retourneren?

Toelichting:

- De overeenkomsten zijn opgesteld door de HIS, dus ik verwacht geen problemen tav de rechtmatigheid.
- Het zijn algemeen geformuleerde overeenkomsten (een soort van mantelovereenkomsten) voor werving en detachering voor allerlei zorgprofessionals voor alle eilanden (dus ook de landen) voor de crisis; hiermee zijn deze overeenkomsten ook bruikbaar voor IC-personeel op Sint Maarten en evt andere eilanden. En ook voor de huisarts en verpleegkundig voor de hospitainer op Statia, de dialyseverpleegkundigen en epidemioloog op Sint Maarten kunnen we gebruikmaken van deze contracten. Dus erg flexibel en handig voor de volgende fase (uitfasering AMI; in brede zin opvolging OMT). We hoeven hierdoor geen andere specifieke contracten met deze partijen meer te sluiten.
- De looptijd is voor onbepaalde tijd met een opzegtermijn van 3 maanden vanuit onze kant. Er is geen afnameverplichting, met andere woorden als ze niemand werven (dit gaat in onze opdracht) dan betalen we ook niks.
- We gaan de komende weken nog met een derde partij een identiek contract sluiten: Healtz. Deze partij kwam via Aruba / (10)(2e) op ons pad. Met Aruba hebben ze recent een wervingsovereenkomst gesloten. Om geen last te krijgen met aanbestedingsregels komt deze partij er nog bij. Deze partij gaat voor het eerst meedraaien met de klus om AMI team op te volgen op Sint Maarten.
- (10)(2b) (10)(2e) Voor Sint Maarten organiseert (10)(2e) een startbijeenkomst met alle partijen en SMMC; daarin worden dan ook over de arbeidsvoorwaarden afspraken gemaakt.
- Facturering gaat maandelijks via e-facturen bij het Financieel Dienstencentrum. Voor deze contracten lukt het (in tegenstelling tot AMI) wel om het via NL te laten lopen; geen ingewikkeldheden met BTW, invoerrechten, dollarkoersen, buitenlandse vestigingen, etc.
- De kosten voor vluchten, accommodatie en vervoer lopen buiten het contract. De vluchten worden via VCK travel naar ons doorbelast. Het regelen en betalen van de quarantaine, accommodatie en vervoer loopt via ZVK ((10)(2e).

Ik denk dat het goed is om na het sluiten van deze overeenkomsten ook de andere MT leden in te lichten.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
(10)(2e) *Sport*

Programmadirectie Zorg en Jeugd Caribisch Nederland
....
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag
....
T 06-(10)(2e)
E (10)(2e)@minvws.nl
www.rijksoverheid.nl

To: (10)(2e) [(10)(2e) @outlook.com]
From: (10)(2e))
Sent: Mon 5/25/2020 9:32:46 AM
Subject: FW: Update svz Carib tbv ICCb 27/5
Received: Mon 5/25/2020 9:32:46 AM
Update svz Caribische delen Koninkrijk tbv ICCb-MCCb mei VWS.pptx

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Datum: maandag 25 mei 2020 9:11 AM
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Kopie: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: FW: Update svz Carib tbv ICCb 27/5

(10)(2e) ,
Akkoord?

(10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Datum: woensdag 20 mei 2020 11:45 AM
Aan: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Kopie: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Update svz Carib tbv ICCb 27/5

(10)(2e) ,

Dank! Ik heb nog een paar aanpassingen gemaakt.
@ (10)(2e) , kijk jij er ook even naar?

Groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 19 mei 2020 17:47
Aan: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Update svz Carib tbv ICCb 27/5

Ha (10)(2e) en (10)(2e)

Bijgevoegd mijn aanpassingen en aanvullingen. Ik heb er drie sheets van gemaakt: maximaal controleren, uitbreiding IC-capaciteit en OMT Cariben.

Graag jullie reactie, dan verwerk ik die weer.

Groeten (10)(2e)

Van: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 19 mei 2020 17:09
Aan: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>

CC: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Update svz Carib tbv ICCb 27/5

Vandaag in de taskforce besproken dat presentatie in de ICCB van 27 mei aan de orde zal zijn. Dat was misschien al duidelijk in de beschrijving van het onderwerp :-)

(10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Datum: dinsdag 19 mei 2020 2:19 PM
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e) < (10)(2e) @minbuza.nl>
Onderwerp: FW: Update svz Carib tbv ICCb 27/5

Heeft een van jullie vandaag tijd om deze presentatie aan te passen?

Groet,

(10)(2e)
Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: Postbus COVID19 KR < (10)(2e) @minbzk.nl>
Datum: dinsdag 19 mei 2020 12:35 PM
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Update svz Carib tbv ICCb 27/5

Ha (10)(2e) en (10)(2e),

Hierbij de presentatie stand van zaken Carib zoals in IAO en I/MCCb is gegeven op 22 april jl.
Mijn idee is om deze volgorde aan te houden en te vullen met de huidige stand.

Kunnen jullie wat aanleveren?

Dank en groet,
(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e)@minbuza.nl]; BRE-VWS[(10)(2e)@minbuza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbuza.nl]
Cc: (10)(2e)][(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e)][(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e)@minvws.nl[(10)(2e)@minvws.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/27/2020 11:25:37 AM
Subject: FW: European Commission's proposal for a Recovery Plan for Europe and MFF 2021-2027
Received: Wed 5/27/2020 11:26:22 AM
SWD 98 final.pdf
COM 456 final.pdf
COM(2020) 442 final - MFF Communication.pdf

There we go!

Nieuw MFF

From: (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>
Sent: Wednesday, May 27, 2020 12:12 PM
To: (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) >
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>
Subject: FW: European Commission's proposal for a Recovery Plan for Europe and MFF 2021-2027

Communicatie CIE
Zojuist gedeeld met de ambassadeurs.

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@ec.europa.eu> **On Behalf Of** (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wednesday, May 27, 2020 11:58 AM
To: (10)(2e)@bmeia.gv.at' <(10)(2e)@bmeia.gv.at>; (10)(2e)@diplobel.fed.be' <(10)(2e)@diplobel.fed.be>; (10)(2e)@mfa.bg' <(10)(2e)@mfa.bg>; (10)(2e)@mfa.gov.cy' <(10)(2e)@mfa.gov.cy>; (10)(2e)@mzv.cz' <(10)(2e)@mzv.cz>; (10)(2e)@diplo.de' <(10)(2e)@diplo.de>; (10)(2e)@um.dk' <(10)(2e)@um.dk>; (10)(2e)@mfa.ee' <(10)(2e)@mfa.ee>; (10)(2e)@rp-grece.be' <(10)(2e)@rp-grece.be>; (10)(2e)@rp-grece.be' <(10)(2e)@rp-grece.be>; (10)(2e)@reper.maec.es' <(10)(2e)@reper.maec.es>; (10)(2e)@formin.fi' <(10)(2e)@formin.fi>; (10)(2e)@diplomatie.gouv.fr' <(10)(2e)@diplomatie.gouv.fr>; (10)(2e)@mvep.hr' <(10)(2e)@mvep.hr>; (10)(2e)@mfa.gov.hu' <(10)(2e)@mfa.gov.hu>; 'Brüsszel EU Coreper II - BEU' <(10)(2e)@mfa.gov.hu>; (10)(2e)@dfa.ie' <(10)(2e)@dfa.ie>; (10)(2e)@esteri.it' <(10)(2e)@esteri.it>; (10)(2e)@esteri.it' <(10)(2e)@esteri.it>; (10)(2e)@eu.mfa.lt' <(10)(2e)@eu.mfa.lt>; (10)(2e)@mae.etat.lu' <(10)(2e)@mae.etat.lu>; (10)(2e)@mfa.gov.lv' <(10)(2e)@mfa.gov.lv>; (10)(2e)@gov.mt' <(10)(2e)@gov.mt>; (10)(2e) (10)(2e)@minbuza.nl' <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e)@minbuza.nl' <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e)@msz.gov.pl' <(10)(2e)@msz.gov.pl>; (10)(2e)@reper-portugal.be' <(10)(2e)@reper-portugal.be>; (10)(2e)@rpro.eu' <(10)(2e)@rpro.eu>; (10)(2e)@gov.se' <(10)(2e)@gov.se>; (10)(2e)@gov.si' <(10)(2e)@gov.si>; (10)(2e)@mzv.sk' <(10)(2e)@mzv.sk>
Cc: (10)(2e) (SG) <(10)(2e)@ec.europa.eu>; (10)(2e) (SG) <(10)(2e)@ec.europa.eu>; (10)(2e) (SG) <(10)(2e)@ec.europa.eu>; (10)(2e) (SG) <(10)(2e)@ec.europa.eu>; (10)(2e) (SG) <(10)(2e)@ec.europa.eu>; (10)(2e) (SG) <(10)(2e)@ec.europa.eu>; (10)(2e) (SG) <(10)(2e)@ec.europa.eu>; (10)(2e) SG) <(10)(2e)@ec.europa.eu>
Subject: European Commission's proposal for a Recovery Plan for Europe and MFF 2021-2027

Dear colleagues,

Today, the European Commission has put forward its proposals for an ambitious major recovery plan in response to the coronavirus crisis. To respond to the massive investment needs and to ensure the recovery is even, inclusive and fair for all Member States, we are proposing to create a **new recovery instrument called 'Next Generation EU'.** This temporary instrument will provide targeted and frontloaded investment to support Member States and reinforce EU programmes key for Europe's recovery and future resilience. It is **embedded within a powerful, modern and revamped long-term EU budget.**

The EU budget is uniquely placed to power a fair socio-economic recovery, repair and revitalise the single market, to guarantee a level playing field, and support the urgent investments, in particular in the green and digital transitions, which hold the key to Europe's future prosperity and resilience.

Further information will be available on the webpage: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/recovery-plan-for-europe_en

I very much look forward to working closely with you on these important proposals. They are crucial for our Union to exit this crisis in unity and to be stronger and more resilient in the future.

Sincerely,

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) of the European Commission

European Commission
Rue de la Loi/Wetstraat 200
B-1049 Brussels
Tel: +32 (10)(2e)
(10)(2e)@ec.europa.eu

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/6/2020 12:07:37 PM
Subject: Fwd: Artikelen ter achtergrond voor een mogelijk opinieartikel over de pijnlijke lessen van covid-19
Received: Wed 5/6/2020 12:08:02 PM
ATT00001.htm
ATT00002.htm
ATT00003.htm
ATT00004.htm
HFD_20200410_Ramp dreigt voor opkomende landen.pdf
ATT00005.htm
HFD_20200417_Corona dwingt bedrijven te innoveren - gaat dat ook beklijven.pdf
ATT00006.htm
HFD_20200502_Besmetting van dier op mens - we spelen met vuur.pdf
ATT00007.htm
HFD_20200502_Ondernemers en ngo-s zijn het roerend eens over internationale crisisbestrijding.pdf
ATT00008.htm
NRC - Historici moeten ook meedenken juist nu 20200501.docx
ATT00009.htm

Met vriendelijke groet,
(10)(2e)

Begin doorgestuurd bericht:

Van: "(10)(2e)" <(10)(2e)@kliksafe.nl>
Datum: 5 mei 2020 om 22:09:33 CEST
Aan: "(10)(2e)" <(10)(2e)@wur.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@kliksafe.nl>
Onderwerp: Artikelen ter achtergrond voor een mogelijk opinieartikel over de pijnlijke lessen van covid-19

Beste (10)(2e) en (10)(2e),

Ter achtergrond voor een mogelijk opinieartikel (waarbij ik denk aan het Reformatorisch Dagblad) hierbij al vast wat artikelen uit het FD, Terdege (Essay van Huib de Vries) en NRC (zie ook de hyperlinks in het artikel naar 2 andere artikelen).
Het is – in lijn met het NRC-artikel – zaak, zeker vanuit christelijk perspectief, om ook tot een diepere/geestelijke duiding te komen van deze crisis.

Hartelijke groet,
(10)(2e)

EEN ONZICHTBARE
KROON ALS SPIEGEL

Essay

Corona keerde ons leven om. Het virus legt de zwakte van onze zekerheden en maakbaarheidsgedachten bloot, om ons te bepalen bij de dingen waar het om gaat. Op hoop van zegen.

tekst: HUIB DE VRIES

Mijn moeder haalde geregeld de roemruchte uitspraak van een familielid aan, gedaan tijdens de Duitse bezetting. „Waar hadden we het vóór de oorlog over?" Het riep bij ons een glimlach op. Nu is er herkenning. Waar hadden we het vóór corona over? Natuurlijk weet ik dat, daarvoor heeft de pandemie de wereld nog te kort in haar greep, maar al het andere verdwijnt wel sterk naar de achtergrond. En als je eraan denkt, vraag je je af: waar hádden we het voor de komst van corona over? Vaak was het sop de kool niet waard.

Die ontdekking is een van de positieve kanten van het angstaanjagende virus met die prachtige naam, onder liefhebbers van het heelal bekend als de lichtkrans rond de zon bij een zonsverduistering. Een kroon die voor ons allen als spiegel fungeert. Laat ik het dicht bij mezelf houden. Aan corona in China besteedde ik weinig aandacht, aan corona in Italië al iets meer, aan corona in Duitsland beduidend meer. Aan corona in Nederland heel veel, zowel persoonlijk als beroepsmatig.

In een ogenschijnlijk redelijk sociaal mens schuilt blijkbaar een egocentrisch hart. Dat wordt onbarmhartig blootgelegd door deze crisis, een ramp die in Afrika en Latijns-Amerika nog veel diepere sporen trekt. Daar is het de zoveelste crisis. Waar ik maar weinig aandacht voor had en die in de krant vaak op z'n best ergens achterin belandde. Voorin hadden we het over de strubbelingen in eigen land. Dreiging van dalende pensioenen, geruzie tussen politici, de maximumsnelheid die naar beneden moest door de stikstofproblematiek.

MALLEMOLEN

Ook reformatorische christenen lieten zich meevoeren in de materialistische mallemolen die steeds sneller ging draaien, met bijbehorende verschijnselen. Frustratie omdat de favoriete jam in de schappen ontbreekt. Rondneuzen bij de autodealer terwijl het voertuig het nog prima doet. Nodeloos op Funda kijken naar een ander huis. De royale woning nog maar eens uitbouwen. In de meivakantie naar de kust, in de zomervakantie naar Zwitserland of verder. Studerende jeugd die met geleend geld een weekendje Tel Aviv of Barcelona doet.

Voor mijn gevoel was ik in die dolgedraaide samenleving nog aardig sober, en betrokken op anderen. Nu kijk ik er met andere ogen naar. Uit de bladen van allerlei stichtingen voor nood- en ontwikkelingshulp haalde ik snel de acceptgiro's. De blaadjes gingen meestal ongelezen de oudpapierbak in. „Als je die allemaal leest, heb je er een dagtaak bij", zei ik soms tegen mijn vrouw. Aan het begin van de nieuwe maand maakte ik trouw de giften over. Daarna in alle rust genieten van een goed boek, een verhaal afronden in mijn werkkamer, naar de Bijbelkring, luisteren naar Bach of via internet een mooi gebied opzoeken waar we komende zaterdag gaan wandelen of fietsen. Zo ging het vaak vóór corona.

TETANUS

De epidemie voerde me terug naar mijn kinderjaren, toen ik vijf weken in kritieke toestand aan een hart-longmachine lag vanwege een tetanusinfectie. De crisis heeft in ons ouderlijk gezin veel betekend. Mijn vader werd vanuit Psalm 147 zo bemoedigd dat hij niet twijfelde aan mijn herstel en Gods goede hand over zijn nageslacht. Voor het eerst ging hij thuis hardop voor in een vrij gebed. Tot die tijd durfde hij dat niet. Daarvoor moest je immers een ander leven kennen. Toen zijn jongste zoon zo ernstig ziek was, kon hij het niet meer laten. Het toonde op gezinsniveau wat we nu breder zien. Zware tijden zijn doorgaans geestelijk niet de slechtste.

Ik ontwaakte uit de kunstmatige coma in een zaal vol volwassenen die werden beademd. Ik zie ze weer voor me, net als de mannen in zogeheten ijzeren longen, verzorgd door betrokken verpleegkundigen. Tien jaar later ging ik zelf in een ziekenhuis werken. Het is ruim 35 jaar geleden dat ik overstapte naar de journalistiek, maar ook die ziekenhuistijd kwam terug. Ik begrijp dat oudgedienden zich bij duizenden hebben aangemeld. De zorg is een bijzondere wereld.

Het verschil met de financiële crisis is navrant. Die toonde de verrotting van de bankenwereld. Bankiers die onverantwoorde risico's namen. Bewuste ontwikkeling van giftige producten. Financiële topmannen die jaren celstraf verdienden, maar in plaats daarvan met hoge bonussen vertrokken. Salarissen bij lager personeel die in geen verhouding stonden tot de geleverde prestaties. Hoe anders is het in de zorg, zeker op het grond- »

270628

vlak. Geen bonussen, geen dure feestjes, maar knalhard werken voor een relatief bescheiden loon. En bij een epidemie bereid zijn zélf risico's te lopen, om het welzijn van de ander. Hopelijk zorgt corona voor een blijvende waardering van een cruciale sector waar de achterliggende jaren vooral werd gesnoeid.

KERKEN

Corona is ook een spiegel voor de kerken. Zelfs het contact met nauw verwante denominaties blijft op officieel niveau vaak beperkt tot eindeloze besprekingen. Voor een gewoon kerkmens is er moeilijk een touw aan vast te knopen.
In onze eigen gemeente werd jaren geleden de gezamenlijke hervormingsherdenking met plaatselijke gemeenten van andere kerkverbanden geschrapt. Vanwege gevoeligheden over kerkelijk grensverkeer, waar ook ik weinig mee heb. Van "circulation of the saints" wordt niemand beter, maar kerkelijk isolationisme lijkt me nog kwalijker. Dat leidt per definitie tot zelfverheffing.
Nu hebben we elke woensdag een digitale dienst van gebed en verootmoediging, samen met de hervormde gemeente en de hersteld hervormde gemeente. Afwisselend gaat een van de predikanten voor. Dankzij corona. Een paar maanden geleden was het ondenkbaar.

JOB

Nogal wat gemeenteleden zijn verrast door de diepgang in de meditaties van de hervormde voorganger. Ze ontdekken wat al bekend kon zijn. In gereformeerde kerken kun je vandaag arminiaanse geluiden horen, in evangelische kringen gereformeerde geluiden. En de preek van een hervormde predikant kan bevindelijker zijn dan die van een afgescheiden dominee die zondag aan zondag over bevinding preekt, wat het omgekeerde is van bevindelijk preken. Om het te zeggen met dominee Hermanus Hofman uit het rekverband van schuurkerken waarin ik opgroeide: „We moeten niet preken wat er in het hart van Gods volk is, we moeten preken wat er in het hart van God is."
Dat gebeurt gelukkig nog in allerlei kerken en kringen. Zelfs op plaatsen waar je het niet zou verwachten. Voor menigeen leveren de digitale kerkdiensten wat dat betreft verrassende ontdekkingen op. Trouwens, ook een aantal diepgravende duidingen van de epidemie kwamen niet uit de rechterflank van de gereformeerde gezindte, maar van mensen als John Piper.
Toen het virus in ons land om zich heen begon te grijpen, waren wij met de Bijbellezing na de maaltijden aangekomen bij het boek Job. We hebben dit Bijbelboek nog nooit gelezen zoals in de achterliggende weken. Het biedt een blik in de onbegrijpelijke Godsregering, waarin God de teugels in handen houdt, maar ook satan een plek heeft. Het toont de diepe rampspoed die een mens kan overkomen. Het leert dat omstanders in die situatie zeer onbillijke dingen kunnen zeggen, of ware dingen op het foute moment tegen de verkeerde persoon. Dat noopt tot behoedzaamheid. Aan het eind van het boek legt ook de rechtvaardige Job de hand op de mond. Omdat God de Eeuwige en de Almachtige is, Die Zich in Zijn handelen niet door kleine mensen laat doorgronden. We kunnen hooguit proberen gebeurtenissen te duiden in het licht van Zijn eigen openbaring.

SCHRIFTGEZAG

Corona wierp voor mij ook aanvullend licht op de actuele discussie over het Schriftgezag, en de verschuiving in de visie daarop. Met veel anderen maak ik me daarover zorgen, maar we moeten wel eerlijk zijn. Hoe geloofwaardig zijn we als we symbolische lezing van de eerste hoofdstukken van Genesis afwijzen, maar
Paulus' oproep onze overvloed te gebruiken om de nood van de verre naaste te lenigen wegredeneren. Terwijl de apostel toch geen Spaans spreekt als hij aandringt op gelijkheid, over de grenzen heen. De gemeenten van Macedonië en Klein-Azië lagen een aardig stukje van die van Jeruzalem vandaan.
Veelzeggend is de wijze waarop de gelijkenis van de wijze en de dwaze bouwer vaak wordt gepreekt. Met uiteenzettingen over het graven, het huis, het fundament en bijbehorende geestelijke gangen. Terwijl de Heere Jezus Zelf de gelijkenis begint met de uitleg, dus daarover hoeft geen onduidelijkheid te bestaan. De wijze bouwer is hij die Zijn woorden hoort en dóét. De dwaze bouwer is hij die Zijn woorden hoort en níét doet. Zo eenvoudig is het. Het ware geloof kenmerkt zich door gehoorzaamheid.

Je kunt niet over Schriftgezag spreken en tegelijk voor twee jaar vooruit preekbeurten afspreken, zei onlangs een vaardig verdediger van het gezag van de Bijbel tegen me. Ik denk dat hij gelijk heeft. Ook Jakobus spreekt geen Spaans als hij zegt: „Gij die niet weet wat morgen geschieden zal." Dankzij corona beseffen we dat weer, zelfs in de breedte van de samenleving. Een agnostische hoogleraar die ik hoop te interviewen, mailde: „Staat genoteerd, maar het blijft deo volente." Wellicht ironisch bedoeld richting een redacteur van de Erdee Media Groep, maar toch. Twee maanden geleden had hij dit voorbehoud niet gemaakt.

SCHEPPING

De natuur is in deze lente verrassend mooi. Onze tweede zoon appte kort na het ingaan van de "intelligente lockdown" een foto van het meer achter zijn huis. Spiegelblauw water, omgeven door bomen met pril groen. Een plaat voor een natuurkalender. De reactie van onze oudste schoonzoon vond ik treffend. „De mens wordt op z'n plek gezet. Door God en door de schepping."
Zo is het. De schepping zucht als in barensnood. Dat is zo vanaf de zondeval, maar zeker sinds de technologische revolutie met de bijbehorende welvaartsexplosie in de westerse wereld. We lazen de alarmerende berichten, maar pasten onze levenswijze nauwelijks aan. De stikstofproblematiek in eigen land leek dat voor het eerst te veranderen, al stuitten de voorgestelde maatregelen op stevig verzet. Tot er een maatregel van boven kwam, die meteen ook de "me too"-problematiek oploste. In ieder geval tijdelijk. Handen geven is voorlopig contrabande, laat staan zoenen of meer. Honderd rijden is ineens geen probleem meer. Bijna iedereen werkt thuis en familiebezoek is er niet bij. Laat staan weekendjes Tel Aviv en Barcelona, een trip naar Timboektoe, een cruise over de Stille Oceaan en berglandgorilla's bekijken in Rwanda. De dieren komen nu ons bekijken. De doorgezonden beelden waren amusant als de situatie niet zo ernstig was. Herten, apen, everzwijnen, zelfs een poema, rustig wandelend door verlaten straten. En de mens zit angstig binnen, vanwege een onzichtbaar micro-organisme.
Corona laat ook de onschatbare waarde van liefde en goede relaties zien. Met z'n allen telefoneren we frequent met onze 91-jarige moeder in het verzorgingshuis waar we niet naar binnen mogen. Wij zijn bepaald niet de enigen die haar bellen. „Ik ben er gewoon schor van", zegt ze soms. In onze kerkelijke gemeente is een coronahulplijn opgezet. Ook voor mensen die niet tot onze gemeente of enige kerk behoren.
Zo hoort het.

KINDEREN

Maar het hemd is nader dan de rok: in deze tijd zijn we vooral bezorgd over en intens blij met onze kinderen en kleinkinderen. We wisten dat we van hen houden en zij van ons. Nu weten we het nog beter. Door alle berichtjes en telefoontjes, doorgestuurde foto's en filmpjes. Met als hoogtepunt dat appje op zondag, na de digitale kerkdienst die we zittend op de bank hadden beluisterd. Een berichtje van de kinderen en kleinkinderen uit Andel, zonder tekst. Alleen een audiobestandje. Een lied dat ze voor ons hadden ingezongen, met pianobegeleiding van onze tweede dochter. Ineens klonken door de kamer de enthousiaste, wat schorre stemmen van de jongens. Erbovenuit de stem van onze schoonzoon.

Ga met God en Hij zal met u zijn:
in Zijn liefde u bewaren,
in de dood uw leven sparen.
Ga met God en Hij zal met u zijn.

Toen braken de sluizen. Snikkend zaten we op de bank, verdrietig omdat we hen niet in onze armen kunnen sluiten en dankbaar voor dit liefdebetoon, met als afsluitend couplet:

Ga met God en Hij zal met u zijn,
tot wij weer elkaar ontmoeten,
in Zijn naam elkaar begroeten.
Ga met God en Hij zal met u zijn.

In stilte bad ik: Is het niet hier, laat het dan boven zijn. Mary Winslow mocht geloven dat ze in de hemel een "undivided family" (ongescheiden gezin) zou hebben. Wat is meer waard dan dat? „Alles is anders in coronatijd", zei een godvrezende weduwe uit onze gemeente tegen me.
Ja, inderdaad, alles is anders. Maar niet alles is minder. ●

270632

To: (10)(2e) , (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e)[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; Berg[(10)(2e)][(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) . ((10)(2e))
Sent: Mon 5/18/2020 6:05:20 PM
Subject: RE: Vergelijking regelingen over sectoren
Received: Mon 5/18/2020 6:05:20 PM
Vergelijking regelingen over domeinen (002).docx

En de mijne..

Van: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 19:16
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Vergelijking regelingen over sectoren

Hoi,

Bijgaand met mijn aanvullingen in de versie van (10)(2e).

Groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 11:35
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Vergelijking regelingen over sectoren

Allen,

Hierbij een eerste aanvulling vanuit het sociaal domein.
De panelen verschuiven momenteel met het uur, dus er zal nog het eea wijzigen en aangevuld moeten worden.

Groet

Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: zondag 10 mei 2020 22:35
Aan: (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Vergelijking regelingen over sectoren

Ha (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e)

Een van de dingen die nog op mijn to do-lijstje stonden vóór mijn vakantie, was een schematisch overzicht te maken van een vergelijking van de regelingen voor meerkosten en continuïteit over de verschillende domeinen. Ik heb daartoe twee tabelletjes gemaakt, met daarin een aantal elementen om de domeinen op te vergelijken (in de rijen), en voor de Zvw een eerste vingeroefening gedaan om in te vullen.

Mijn vraag aan jullie: zouden jullie tabellen voor jullie respectievelijke domeinen willen proberen aan te vullen op basis van documenten waar overeenstemming over is/gepubliceerd zijn/op korte termijn gepubliceerd zullen worden, voor zover op dit moment mogelijk? Kan kort en in bullets (korter dan ik nu heb gedaan in eerste poging). En vul vooral ook aan als ik relevante elementen om op te vergelijken (in de rijen) heb gemist!

Het is misschien even puzzelen, maar kan ons allemaal helpen om zicht te krijgen/houden op consistentie denk ik.

Zou mooi zijn als het lukt om eind van deze week een eerste versie te hebben.

Dank en groeten,
(10)(2e)

PS: Dit is de laatste mail die ik jullie nog stuur voor mijn vakantie... ☺

To: (10)(2e) , (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) , (10)(2e) . (10)(2e) ((10)(2e))
Sent: Mon 5/18/2020 12:02:08 PM
Subject: FW: Controlestrategie versie 18 mei 14.00 uur voor DGV
Received: Mon 5/18/2020 12:02:09 PM
Controlestrategie versie 18 mei 14.00 uur voor DGV.docx

Ha beiden

Hierbij de 14h versie voor de dgv. Om 15h ronden we af voor de kamerbrief.
Mochten jullie nog dringende punten hebben dan liefst zsm

Dank!

(10)(2e)

---

(10)(2e): (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))
Verzonden: maandag 18 mei 2020 13:54
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Controlestrategie versie 18 mei 14.00 uur voor DGV
Urgentie: Hoog

Hi (10)(2e)

Hierbij de 14h versie van de controlestrategie. Lukt het je hier met spoed om mee te lezen?
15h moet ik de eindtekst aanleveren.

Met name op deze zin:
- Einde 2e alinea op p1: " (11)(1) "

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/6/2020 9:28:44 AM
Subject: RE: Antw: Concept-offertes RIVM transmissie Corona via afvalwater, oppervlaktewater, zwemwater en drinkwater
Received: Wed 5/6/2020 9:28:45 AM
Definitief IW SARS-CoV-2 transmissie via afvalwater 20200506.docx

Hoi (10)(2e)

Ik heb alle track changes geaccepteerd, behalve onderdeel 5.
Er staat nog 1 opmerking open (11)(1) Kan ik deze opmerking gewoon weglaten?

Dan stuur ik de laatste versie – definitieve versie vandaag naar (10)(2e).

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 16:14
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Antw: Concept-offertes RIVM transmissie Corona via afvalwater, oppervlaktewater, zwemwater en drinkwater

Hi (10)(2e) en (10)(2e)

(10)(2e) belde net, hij is akkoord met alle aanpassingen. Kunnen jullie alle track charges die er nog in staan accepteren en de offertes in (11)(1) laten) zetten (11)(1)

Moeten we nog wat info uit e-mail aan (10)(2e) met de beantwoording in offerte opnemen bijv over infectiviteit feces dat we dat ism humane diagnostiek doen?

En kunnen jullie dan acc changes versies aan (10)(2e) mailen dus versies die in sap komen?

Groetjes

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 4 mei 2020 om 15:19:09 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: FW: Concept-offertes RIVM transmissie Corona via afvalwater, oppervlaktewater, zwemwater en drinkwater

Mooi, jij hebt ze al helemaal afgemaakt. Top! (ik zou willen dat op de computer een toetsencombinatie voor zo'n duimpje omhoog had *)

Geef jij groen licht als we ze in SAP kunnen zetten?
(10)(2e) ik zag jouw naam ook als offerteschrijver, dus het goed moeten gaan. Als je hulp nodig hebt, laat maar weten. We kunnen het ook samen online doen.

Groetjes, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 15:13
To: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) - DGRW' < (10)(2e) @minienw.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Concept-offertes RIVM transmissie Corona via afvalwater, oppervlaktewater, zwemwater en drinkwater

Beste (10)(2e).

Jouw opmerkingen zijn allemaal verwerkt. Wij kunnen alleen geen veranderingen aanbrengen in onderdeel 5. Beschrijving opdracht.

Betreffende (10)(2e) opmerkingen, deze zijn heel goed te begrijpen. Ik heb reactie toegevoegd in schuingedrukte tekst:

(11)(1)

De aangepaste versie van de offerte voor afvalwater en die voor drinkwater, recreatiewater zijn beide bijgevoegd.

Hartelijke groet,

(10)(2e)

-----Original Message-----
From: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>
Sent: vrijdag 1 mei 2020 12:36
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: Concept-offertes RIVM transmissie Corona via afvalwater, oppervlaktewater, zwemwater en drinkwater

Hoi (10)(2e)

Zie opmerking (10)(2e) hieronder en mijn aanvullingen in beide offertes. Er is op dit moment Euro (10)(2b) resterend budget beschikbaar voor eventueel laboratoriumonderzoek, omdat IenW geen offerte aanvraagt over adviesvragen over PBM's (= verantwoordelijkheid SZW en VWS). Ik zou noodzakelijk analyses/kosten binnen de offerte voor de deelopdracht afvalwater opnemen, ervan uitgaande dat het RIVM geen analyses voorziet voor oppervlaktewater/zwemwater.

Vriendelijke groet,

(10)(2e)

-----Oorspronkelijk bericht-----
Van: , . ( ) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>
Verzonden: donderdag 30 april 2020 17:22
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>
Onderwerp: RE: Concept-offertes RIVM transmissie Corona via afvalwater, oppervlaktewater, zwemwater en drinkwater

270657

(10)(2e)

Heb naar de offertes gekeken. Heb twee opmerkingen:

1. Bij transmissie via drinkwater, recreatiewater of andere routes staat:

(11)(1)

Maar in de offerte van deelopdracht Transmissie via afvalwater staat:

(11)(1)

Dat lijkt me tegenstrijdig. Het aanvullende budget is er niet. Dit betekent dus dat een deel van de vragen niet beantwoord wordt.

2. Voor het uitvoeren van literatuuronderzoek naar afvalwater lijkt (10)(2e) euro (11)(1)

Maak jij een reactie richting RIVM?

Groet (10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e)
....
afdeling Waterkwaliteit en -kwantiteit
Directie Waterkwaliteit, Ondergrond en Marien Directoraat Generaal Water en Bodem Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat Rijnstraat 8 | 2515 XP | Den Haag Postbus 20901 | 2500 EX | Den Haag
....
M +31.6. (10)(2e)
(10)(2e) @minIenW.nl
....

-----Oorspronkelijk bericht-----
Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>
Verzonden: vrijdag 24 april 2020 15:45
Aan: , . ( ) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) - BSK <(10)(2e) @minienw.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) - BSK <(10)(2e)@minienw.nl>; Crico-DGWB <(10)(2e) (10)(2e)@minienw.nl>; (10)(2e) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>; (10)(2e) (10)(2e) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>
Onderwerp: Concept-offertes RIVM transmissie Corona via afvalwater, oppervlaktewater, zwemwater en drinkwater

Hoi (10)(2e),

Hier zijn de aangevraagde concept-offertes van het RIVM voor reactie.

Vriendelijke groet,

(10)(2e)

-----Oorspronkelijk bericht-----
Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 24 april 2020 13:31
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: 'Minuscule traces' of coronavirus found in non-potable Paris water

Beste (10)(2e),

We zijn natuurlijk vooral bezig met onderzoek en advies maar hebben ook gewerkt aan de offertes die ik je bij deze in concept toestuur zoals gevraagd. De offerte SARS-CoV-2 transmissie via afvalwater wordt door (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) als projectleider geleid en de offerte SARS-CoV-2 transmissie via drink- of recreatiewater of andere routes wordt door (10)(2e) (10)(2e) op zich genomen. We zijn benieuwd naar je reactie.

Groeten,

(10)(2e)

-----Original Message-----
From: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) - DGRW <(10)(2e)@minienw.nl>
Sent: maandag 20 april 2020 10:32
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: 'Minuscule traces' of coronavirus found in non-potable Paris water

Goedemorgen (10)(2e),

Hoe staat het met de onderzoeksvoorstellen/offertes aan IenW? Ik zag vanochtend dit opmerkelijke bericht:

https://www.livemint.com/news/world/-minuscule-traces-of-coronavirus-found-in-non-potable-paris-water-official-11587324700495.html

Vriendelijke groet,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/13/2020 8:41:29 AM
Subject: RE: proces van in en uitstroom van corona gerelateerde vragen door professionals
Received: Wed 5/13/2020 8:41:30 AM
Reactie centra op Corona vragen.docx

Hallo allen,

Straks hebben we overleg. Ik heb nog een paar aanvullingen.

(10)(2e) (10)(2e) gaat deelnemen vanuit Communicatie.

Verder is mijn inventarisatie van de centra nog niet compleet, maar kan ik wel alvast delen. Waarschijnlijk 8 van de 14 centra (inclusief DVP) krijgen vragen van professionals, waar de meeste binnen komen bij EPI, Z&O, IDS? En LCI?, even Infopunt buiten beschouwing gelaten.

Ter aanvulling op (10)(2e) hieronder.
Oorspronkelijk gaat het om professionals die vragen dus niet zijnde media en burgers, dus breder dan Anoek aangeeft. Uit de inventarisatie blijkt dat er nog een categorie te onderscheiden is en dat zijn opdrachtgevers (vnl ministeries) die veelal zijn gekoppeld aan bestaande opdrachten die uitgebreid/ aangepast worden nav Corona. Dat laatste versta ik niet onder professionals.

Ik ga uit dat de basis het VraagAanbodTriageloket is en er geen nieuw loket opgetuigd hoeft te worden. Carolien heeft aangegeven dat zij de vragen vooralsnog prima aankunnen en zij zijn in het leven geroepen om te ontlasten. Als medewerkers uit de Centra dus niet weten waar ze naar toe moeten, dan sturen ze het hier naar toe.

Vragen die ik wil bespreken:
- Wat is de meerwaarde van Hubs op dit moment?
- Waarom een centraal punt om te registreren? Wat zou het doel zijn? Als we iets bureaucratisch gaan organiseren dan moet het wel een duidelijk doel hebben.
- Zijn er nog aanvullende uitgangspunten dan in projectdefinitie?

Tot zo,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 12 mei 2020 16:29
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: proces van in en uitstroom van corona gerelateerde vragen door professionals

Bij deze *

From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: dinsdag 12 mei 2020 16:12
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: proces van in en uitstroom van corona gerelateerde vragen door professionals

HI (10)(2e),

Ik heb ernaar gekeken en een opmerking geplaatst omdat ik denk dat we in een paar rijen wat dingen door elkaar gehaald hebben Qua vragen die bij Z&O en experts binnenkomen en hoe die afgehandeld worden.

Belangrijker punt is dat we nu gekozen hebben om naar de totale flow van vragen aan het kijken zijn in plaats van alleen de door professionele (zuster/collega) organisaties gestelde vragen. Met het in kaart brengen daarvan en het tegelijkertijd komen met mogelijke aanpassingen in het proces, proberen we volledig te zijn maar riskeren we soms ook om iets over het hoofd te zien.

Destijds heb ik al brainstormend bijgevoegd flow diagram gemaakt bij het nadenken over hoe dat eruit zou kunnen zien. Dat ging dus toen nog niet over alle vragen.. de vraag was destijds of er 1 loket moest komen met daaronder advieshubs zoals bij IDS en dat wat in oprichting was voor Milieu/Dier/Gezondheid. Vandaar een fictief loket opgevoerd voor die professionele vragen voor centraal overzicht en evt ontlasten van medewerkers. Na alle overleggen denk ik dat een principe uit die flowchart overeind blijft:
Vragen kunnen op allerlei plekken binnen komen, bij individuele collega's of bij de ingerichte mailadressen en loketten: **daar waar die binnenkomt moet een keus gemaakt worden en op basis van type vraag of vragensteller de vraag dan wel doorgestuurd worden , dan wel bij beantwoording een cc gestuurd worden InfoPunt bijv voor de archivering en het overzicht..**

Het is dus niet zozeer dat daar waar de vraag binnenkomt moet bepalen wat ermee gebeurt, maar dat mn het genre vraag en vragensteller bepalend zijn voor welke keus er door de eerste ontvanger gemaakt moet worden.

Tevens is van belang dat we ergens op een centraal punt overzicht kunnen hebben op de gestelde vragen en gegeven antwoorden: we bedachten via (10)(2e)@rivm.nl in TopDesk.

Ontlasting van medewerkers indien nodig/gewenst kan nog altijd ondervangen worden door evt alsnog in te richten advieshubs of centrale contacten aldaar die het regelproces ed wbt afstemming uit handen kunnen nemen.

Goed dus dat we inzichtelijk hebben gemaakt wat er nu gebeurt. Voor pragmatische aanpak met zo min mogelijk additionele bureacratische stappen is het wellicht goed mn zowel iedere medewerker te instrueren (welke vragen stuur je door en naar wie/welk mail adres en als je wel zelf beantwoord wat is van belang (in de afstemming en voor de registratie ed...) als te weten waar mensen van buiten het RIVM hun vragen kunnen indienen, alsook goed in te bouwen dat er centraal ergens echt ook **actief zicht op is ipv alleen archivering voor evt vervolg actie**: hoe wordt CenD goed geattendeerd bijvoorbeeld, of andere partijen?)

Bovenstaande is expliciet niet bedoeld om een stap terug te zetten in het proces wat we in gang gezet hebben, maar om onder de aandacht te brengen dat met goede instructies aan alle mogelijke ontvangers (en daar waar van toepassing aan inzenders) vragen ook op de centrale plekken zichtbaar worden zonder een heel nieuw systeem op te tuigen, met de waarborging dat er overzicht geboden kan worden in wat er binnen komt en uit gaat qua antwoorden en hoe daaruit eventuele te bieden informatie ed gedestilleerd kan worden.

..my 2 cents. Tot morgen.
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 10:16
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: proces van in en uitstroom van corona gerelateerde vragen door professionals

Allen,

Hierbij in concept de uitwerking van de sessie van afgelopen woensdag.
Volgende week woensdag bekijken we met elkaar via GoToMeeting of er hiaten of onjuistheden inzitten en welke aanvullingen we kunnen toevoegen. Hier en daar staat nog een vraagteken.

Voor straks alvast een fijn weekend.

Hartelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e) Operationeel Team Kritische Processen

----
(10)(2e) | RIVM | FCC | Coördinator Lean - Lean Six Sigma Black Belt/ Scrum master
M 06-(10)(2e) of (10)(2e) | (10)(2e) niet op kantoor
RIVM - *"De zorg voor morgen begint vandaag. "*

270664

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 6/2/2020 11:58:17 AM
Subject: FW: Doorst: Offerte Overzicht Indirecte Impact Corona op Gezondheid_V4
Received: Tue 6/2/2020 11:58:17 AM
PALLAS_offerte_ ondersteuning RIVM impact corona op gezondheid_20200526.docx
Externe Inhuur Pallas.docx

Hoi (10)(2e),

In de mails hieronder de toestemming van inkoop. Daarnaast in de ene bijlage de contactgegevens van (10)(2e). En in het andere doc de offerte van Pallas. Deze dame moet zsm toegang krijgen tot campus. Ze meot denk ik ook haar paspoort laten scannen. Ik hoor graag wat ik nog meer moet doen om het geregeld te krijgen.

Verder:
Mail: (10)(2e) @pallashrc.com
Tel: 06- (10)(2e)

Met hartelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) e)

==
RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij
Hoofd afdeling Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Tel.nr: 030 (10)(2e)
Mob.nr: 06 (10)(2e)
E-mail: (10)(2e) @rivm.nl
Afwezig op (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

270674

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/4/2020 6:55:31 AM
Subject: FW: aanbieding RVS advies '(Samen)leven is meer dan overleven'
Received: Mon 5/4/2020 6:55:32 AM
RVS advies '(Samen)leven is meer dan overleven'.pdf
PERSBERICHT Bredere afwegingen nodig bij besluiten overcoronamaatregelen.pdf
Aanbiedingsbrief Top VWS - (10)(2e) pdf

Ter info. Raakt aan jullie terrein. Neem aan dat iemand bij jou betrokken is geweest?

Groet, (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e)@vo-raad.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@vo-raad.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@vo-raad.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/4/2020 5:14:20 PM
Subject: RE: Protocol VO
Received: Mon 5/4/2020 5:14:21 PM
Protocol VO heropening VO-raad en bonden (met wijzigingen - versie 4 mei 15.30) pm pvb tv.docx

Beste (10)(2e)

Hierbij een eerste versie van commentaar van RIVM. Er is nog geen afspraak over het onderling afstand houden tussen leerlingen in het VO. Dat laat ik hier buiten beschouwing. Ook is niet zeker of er een aparte instructie met betrekking tot testen in het VO zal gelden.
In de protocollen die RIVM becommentarieert geven we geen adviezen over verplicht of niet verplicht.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) | (10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 3720BA Bilthoven
06-(10)(2e) | 030(10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl | www.lchv.nl

RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

From: (10)(2e) <(10)(2e)@vo-raad.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 16:07
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@vo-raad.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@vo-raad.nl>
Subject: RE: Protocol VO

Hallo (10)(2e)

In de bijlage vind je het concept-protocol voor de heropening van het voortgezet onderwijs.

Daarbij zijn we uitgegaan van een aantal zaken die echt moeten, omdat ze direct vanuit het kabinet/OMT komen of daarvan een afgeleide zijn (in het rood) en een aantal adviserende zaken (in het zwart).

Zou jij aan kunnen geven of de zaken in het rood ook echt verplicht zijn, of dat we dat verkeerd geïnterpreteerd hebben. Of dat er zaken in het zwart staan die in jouw ogen juist wel verplicht moeten?

En tevens an jou de vraag om ernaar te kijken en aan te geven of er dingen niet kloppen, aangevuld moeten worden of anderszins.

Zoals ook aangegeven verwachten we nog uitsluitsel over het gebruik van OV, mondkapjes en het testbeleid. Die zijn dus allemaal onder voorbehoud.

Alvast veel dank en laat het vooral weten als er zaken onduidelijk zijn!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
(10)(2e)

VO-raad
Aidadreef 4
3561 GE Utrecht

T 030 (10)(2e) | 06 - (10)(2e)
(10)(2e) @vo-raad.nl | www.vo-raad.nl

Van: (10)(2e)
Verzonden: maandag 4 mei 2020 15:59
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) <(10)(2e)@vo-raad.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@vo-raad.nl>
Onderwerp: RE: Protocol VO

Hallo (10)(2e),
Dank voor je mail. Er is contact geweest over het vso-protocol, in die zin dat de PO-Raad en Lecso steeds over onze meest actuele versie beschikten. Zij zijn hier van uitgegaan. We hebben omgekeerd geen versie van hen ontvangen, dus er is geen wederzijdse afstemming geweest.
Voor het vso is het VO-protocol leidend, dus ik zou uit gaan van ons protocol.

Hartelijke groet,
(10)(2e)

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
(10)(2e) Onderwijszaken

VO-raad
Aidadreef 4
3561 GE Utrecht

T 030 (10)(2e) | 06 - (10)(2e)
(10)(2e) @vo-raad.nl | www.vo-raad.nl

De VO-raad behartigt de belangen van het voortgezet onderwijs bij overheid, politiek, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. Daarnaast bevordert de VO-raad de kwaliteit van het onderwijs in Nederland door schoolbestuurders en -leiders te faciliteren bij het vervullen van hun taak.

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: maandag 4 mei 2020 15:42
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@vo-raad.nl>

CC: (10)(2e) < (10)(2e) @vo-raad.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @vo-raad.nl>
Onderwerp: RE: Protocol VO

Beste (10)(2e),

Zojuist ontving ik van de PO-Raad een protocol voor VSO. Zijn deze op elkaar afgestemd?
Het kan lastig worden een volledige reactie te geven als er intern discussiepunten zijn en daarover morgen beslist moet worden.

Met vriendelijke griet

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) | (10)(2e) LCHV
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 3720BA Bilthoven
06- (10)(2e) | 030 (10)(2e)
(10)(2e) @rivm.nl | www.lchv.nl

RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

From: (10)(2e) < (10)(2e) @vo-raad.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 15:14
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @vo-raad.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @vo-raad.nl>
Subject: Protocol VO

Geachte heer (10)(2e), beste (10)(2e)

We hebben van (10)(2e) jouw gegevens gekregen voor het checken van het VO-protocol. We koersen op publicatie van het protocol op woensdag(avond) 6 mei. We kunnen vanmiddag in **het tweede deel van de middag een conceptversie** sturen. Heel fijn als we daar jullie reactie/adviezen op zouden kunnen krijgen, het liefst uiterlijk morgenavond, zodat we die tijdig kunnen verwerken en in bespreking met de bonden kunnen brengen.

Mijn collega (10)(2e) (in de cc) stuurt het protocol in conceptvorm zo spoedig mogelijk naar je toe. Aarzel niet om bij vragen contact met ons op te nemen.

Alvast dank en hartelijke groet,

(10)(2e)
Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
(10)(2e) Onderwijszaken

VO RAAD
Vereniging van scholen in het voortgezet onderwijs

VO-raad
Aidadreef 4
3561 GE Utrecht

270696

T 030 (10)(2e) | 06 - (10)(2e)
(10)(2e)@vo-raad.nl | www.vo-raad.nl

De VO-raad behartigt de belangen van het voortgezet onderwijs bij overheid, politiek, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties. Daarnaast bevordert de VO-raad de kwaliteit van het onderwijs in Nederland door schoolbestuurders en -leiders te faciliteren bij het vervullen van hun taak.

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/6/2020 4:23:13 PM
Subject: RE: Publieksversie afwegingskader
Received: Wed 5/6/2020 4:23:14 PM
Veilig werken contactberoepen FM.docx
Vragen voor de werknemer en klant (triage).docx

Beste (10)(2e)
-bijgaand mijn suggesties, in versie FM
-ook stuur ik de check-vragen mee (voor de ondernemer en voor de klant, zijn hetzelfde maar een andere begeleidende tekst) zodat die bv door de ondernemer kunnen worden geprint en naar klanten gemaild, beste dit ergens op te nemen
-de volgende versie dus graag naar (10)(2e) en (10)(2e) en (10)(2e) en mij
(10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e)

RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
T 030 - (10)(2e)
www.rivm.nl/infectieziekten

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 6 mei 2020 18:19
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Publieksversie afwegingskader

De uiteindelijke versie gaat via mij. En ik vraag dan mijn collega's van online om het op de website te plaatsen. Ze weten al dat dit er nog aan komt.

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: woensdag 6 mei 2020 18:13
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: Publieksversie afwegingskader

Beste (10)(2e), er komt zo een versie van mij terug, daarop moeten aanpassingen worden gedaan. De versie die dan ontstaat moet naar:
(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), naar (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en naar mij.
Daarna komt iig (10)(2e) (10)(2e) en misschien Aura.
Wie is vanavond in charge om dit op te pakken?
Groet,
(10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e)

RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
T 030 - (10)(2e)
www.rivm.nl/infectieziekten

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>

Sent: woensdag 6 mei 2020 17:55
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Publieksversie afwegingskader

Hi (10)(2e)

Dat weet ik niet. Ik heb alleen de publieksversie gemaakt, maar ik kan niet overzien wie er nog allemaal naar moeten kijken. Denk dat je hiervoor bij (10)(2e) moet zijn. Moet het nog langs (10)(2e)? Moet VWS hier nog iets van vinden?

Gr (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: woensdag 6 mei 2020 17:53
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: Publieksversie afwegingskader

Beste (10)(2e), dankje, ik ben ermee bezig, hoe gaat dit vanavond verder?
Wie heeft er dienst/maakt dit af?
Groet, (10)(2e) (anders bel je maar even hoor 06 (10)(2e))

(10)(2e)
(10)(2e)

RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
T 030 - (10)(2e)
www.rivm.nl/infectieziekten

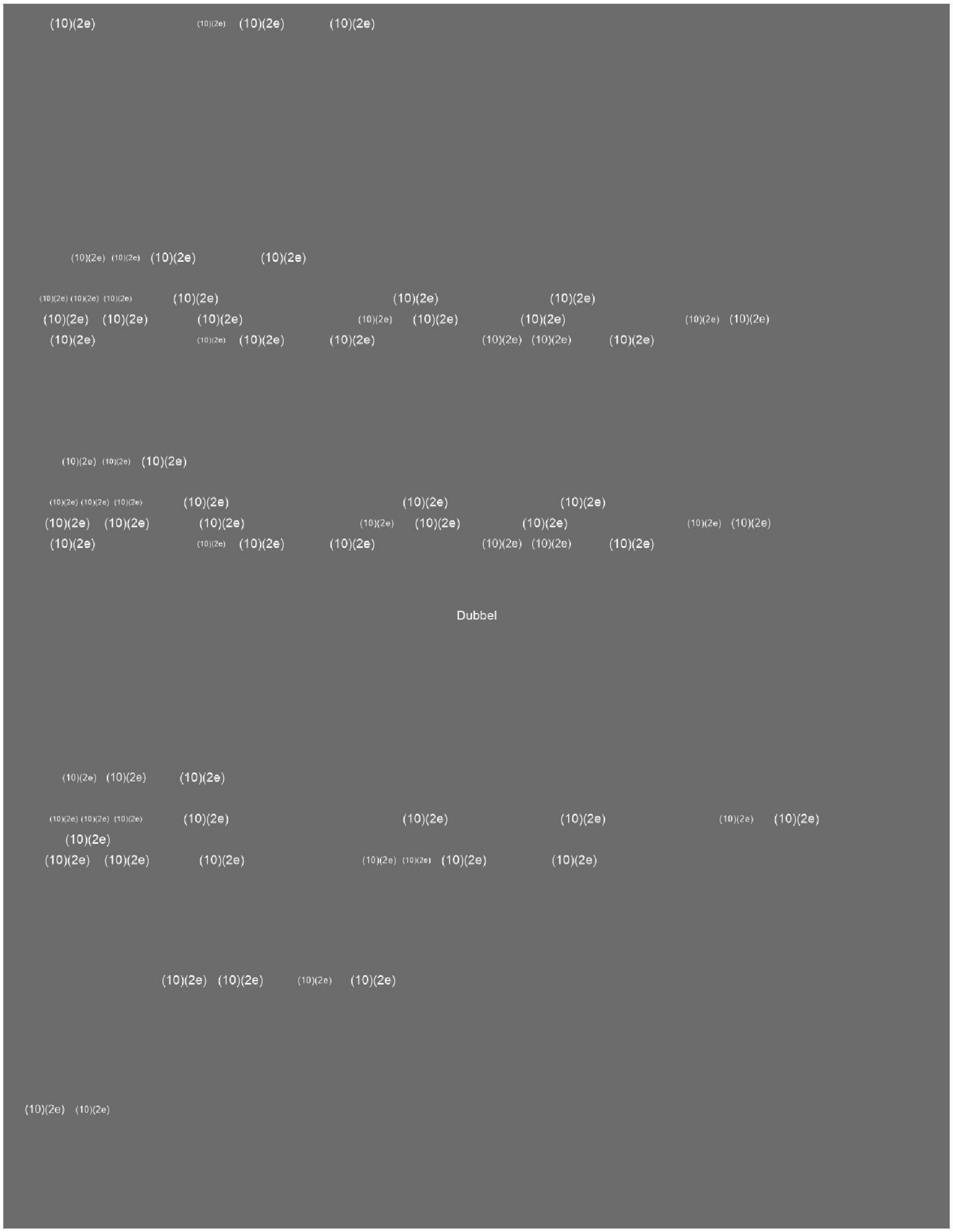
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)


Dubbel

270700

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@vandesiepkamp.nl]; (10)(2e)@iederin.nl[(10)(2e)@iederin.nl]; (10)(2e) @pgb.nl[(10)(2e) @pgb.nl]; (10)(2e) @lfb.nu[(10)(2e) @lfb.nu]; (10)(2e)@hetlsr.nl[(10)(2e)@hetlsr.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @zorgstemvertrouwenspersonen.nl]; (10)(2e)@iederin.nl[(10)(2e)@iederin.nl]
Cc: (10)(2e)) (10)(2e) (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) @wijzijnmind.nl[(10)(2e) @wijzijnmind.nl]; (10)(2e) @wijzijnmind.nl[(10)(2e) @wijzijnmind.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
Sent: Mon 5/18/2020 4:15:59 PM
Subject: Agenda en stukken wekelijks overleg cliëntenorganisaties - VWS
Received: Mon 5/18/2020 4:16:00 PM
afspraken bo 14 mei - routekaart gehandicaptenzorg def.docx
Adviesvragen aan RIVM ivm routekaart ghz thuis 150520.docx

Beste mensen,

Hierbij de agenda en de stukken voor ons overleg morgenochtend.

Agenda

1. Terugblik Bestuurlijk Overleg en proces routekaart (zie bijgaand de in het BO gemaakte afspraken)
2. Proces strategie (mondeling)
3. Voorstel onderzoeksvraag Corona gedragsunit RIVM

Ad 3. Toelichting
Uitleg RIVM: De Corona Gedragsunit bestaat sinds eind maart 2020. Haar missie is om bij te dragen aan de effectiviteit van Corona maatregelen, door gedragswetenschappelijke kennis te ontsluiten, te ontwikkelen en te vertalen naar antwoorden en adviezen voor overheidsbeleid en –communicatie. De gedragsunit werkt kortcyclisch en vraaggestuurd, waarbij ook wordt geanticipeerd op toekomstige vragen. Door onderzoek maakt zij het samenspel zichtbaar tussen gedrag, draagvlak en welbevinden. Zij adviseert over gedragsaspecten van maatregelen en monitort het effect van maatregelen op gedrag. Adviezen worden onder andere ingebracht bij het NKC. De Corona Gedragsunit rapporteert tweewekelijks aan beleid (VWS) en stelt ook tweewekelijks een openbare factsheet op met haar resultaten. Zie: https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag

Bespreekpunt: We hebben de vraag gekregen of we een vraag zouden willen toevoegen aan de vragenlijst die met Hemelvaart uit gaat. Het RIVM zet de vragenlijst uit onder 90.000 mensen, waaronder mensen met een kwetsbare gezondheid. Als we een vraag willen toevoegen, dan moet dat morgen (dinsdag). Het lijkt ons interessant om dat te doen, waarbij we denken aan een vraag die gaat over de zelfquarantaine. We spreken graag met jullie over hoe zo'n vraag zou kunnen luiden. Wij denken aan een vraag in de lijn: Ontvangt u op dit moment de zorg en ondersteuning thuis die u nodig hebt? Zo nee, wat is daarvan de oorzaak (zelf voor gekozen, stopgezet door aanbieder)? Indien zelf voor gekozen: waarom heeft u die keuze gemaakt? We overleggen uiteraard ook met het RIVM wat geschikte vragen zouden zijn, maar horen dat morgen ook graag van jullie.

Verder hebben we nog een aantal stukken ter informatie:
- Uitbreiding testbeleid per 18 mei voor mantelzorgers, pgb-zorgverleners en vrijwilligers palliatieve zorg: https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/richtlijnen/2020/05/12/richtlijn-testbeleid-mantelzorgers-vrijwilligers-palliatieve-zorg-en-pgb-gefinancierde-zorgverleners
- Handreiking V&VN voor professionele afweging gebruik persoonlijke beschermingsmiddelen: https://www.venvn.nl/nieuws/handreiking-gebruik-beschermende-middelen-meer-ruimte-voor-professionele-afweging/
- Adviesvragen die we deze week aan het RIVM hebben gesteld ten behoeve van de uitvoering van de routekaart.

Tot morgen 9 uur!

Groet,

(10)(2e)

---

(10)(2e)
(10)(2e) "Onbeperkt meedoen!"

M 06- (10)(2e)
E (10)(2e)@minvws.nl
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Maatschappelijke Ondersteuning
Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag
Parnassusplein 5, 2511 VX, Den Haag

Blijf op de hoogte van het programma Onbeperkt meedoen!
Bezoek www.rijksoverheid.nl/onbeperktmeedoen en meld u aan voor de nieuwsbrief en het online magazine.

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/18/2020 10:37:18 AM
Subject: FW: categorie 3 contacten
Received: Mon 5/18/2020 10:37:19 AM
BCO monitoring en evaluatie 17-5-2020_RJ.docx

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), MSc PhD
(10)(2e)
(10)(2e)
RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1, Interne postbak 13
3720 BA Bilthoven
Mob: 06- (10)(2e)
(10)(2e) @RIVM.nl
www.rivm.nl/infectieziekten

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 18 mei 2020 10:28
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Re: categorie 3 contacten

Hoi (10)(2e)

Hierbij alvast een aantal toevoegingen aan het document. Zoals ook een nieuwe tabel met alle variabelen die nu in de data-extractie zitten.

Ben je tussen 12.30 en 13.30 bereikbaar?

Groet (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Monday, 18 May 2020 09:01:04
To: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
Subject: Re: categorie 3 contacten

Prima.

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 18 mei 2020 om 08:55:47 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Re: categorie 3 contacten

Hoi (10)(2e)

Ik ben ondertussen ook een opleidingsdag aan het volgen vandaag vanuit huis. Ik zal zo even laten weten wanneer ik lunchpauze heb, dan kan ik telefonisch overleggen.

groet (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Monday, 18 May 2020 08:33:27
To: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
Cc: (10)(2e) (10)(2e)
Subject: FW: categorie 3 contacten

Beste (10)(2e) en (10)(2e),

Ik heb een notitie gemaakt over dataverzameling en M&E BCO. Kunnen wij dit in de loop van de ochtend bespreken, inclusief de subgroepen die (10)(2e) (10)(2e) me vrijdagmiddag/avond stuurde.

Tussen 10-11 heb ik SBI overleg.
Groet, (10)(2e)

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), MSc PhD
(10)(2e)
(10)(2e) tuberculosebestrijding,
RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1, Interne postbak 13
3720 BA Bilthoven
Mob: 06- (10)(2e)
(10)(2e) @RIVM.nl
www.rivm.nl/infectieziekten

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 15 mei 2020 17:24
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: categorie 3 contacten

Hoi (10)(2e),

In overleg met (10)(2e), komen we erop uit om de onderstaande lijst uit te vragen (qua geschat aantal) voor cat 3 contacten bij het BCO.

Dit is de lijst die ook in Osiris wordt gebruikt.

Een aantal van de personen in bv de thuissituatie of andere settings uit deze lijst zullen als cat. 1 vastgelegd worden. Maar niet iedereen in een (groter) huishouden (zoals bv van een groep migrant-werkers) heeft langdurig <1.5 m contact met elkaar. Dus die worden dan toch cat. 3.

Ik zie dat voor cat. 2. Specifiek vliegtuigcontacten genoemd worden. Dat is ten eerste nu niet erg relevant (er wordt niet gevlogen) en bovendien is er juist risico bij transport in kleine busjes. Er is nu een uitbraak bij VION onder medewerkers, die samen in kleine busjes naar het werk reizen. Maar goed, we gaan het nu (nog) niet over het protocol hebben *

Groet, (10)(2e)

[ ] Thuissituatie

[ ] Overige familie

[ ] 1e lijn gezondheidszorg / huisarts

[ ] 2e lijn gezondheidszorg / ziekenhuis

[ ] overige gezondheidzorg, bijvoorbeeld *revalidatie, fysiotherapie etc*

[ ] Verpleeghuis

[ ] Woonzorgcentrum voor ouderen

[ ] Woonvoorziening voor verstandelijk gehandicapten

[ ] Woonvoorziening voor lichamelijk gehandicapten

[ ] Overige woonvoorziening, namelijk….

[ ] Dagopvang voor ouderen

[ ] Dagopvang voor verstandelijk gehandicapten

[ ] Dagopvang voor lichamelijk gehandicapten

[ ] Overige dagopvang, namelijk….

[ ] Hospice

[ ] Werksituatie

[ ] School en/of kinderopvang

[ ] Medereiziger

[ ] Vrijetijdsbesteding, zoals sportclub

[ ] Kerkgemeenschap

[ ] Koor

[ ] Overig, namelijk, ….

[ ] Onbekend

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))
Sent: Thur 5/14/2020 5:17:31 PM
Subject: RE: 20200513 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 22.54
Received: Thur 5/14/2020 5:17:31 PM
20200514 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 18.45.docx
20200514 Onderbouwing routekaart kwetsbare personen 18.48.docx

Vangst van de dag:

- Routekaarten, versie Donderdag 14 mei 18.45
- Onderbouwing, routekaarten versie donderdag 14 mei 18.48

Fijne avond!

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 16:24
Aan: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: 20200513 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 22.54

Ik probeer vanavond eens even niet te werken. Dus ik ga proberen 1900 gereed te zijn.

Van: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 15:58
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: 20200513 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 22.54

Ok, dan ga ik ook nog even achter de onderbouwingen voor de data aan. Wil je die ook aan einde van de dag of hebben we daar meer ruimte?

Einde vd dag is? 17u of 23u?

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) ((10)(2e)e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))
Sent: Tue 5/19/2020 11:44:47 AM
Subject: RE: Tijdlijn Routekaart
Received: Tue 5/19/2020 11:44:48 AM
20200519 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 13.02.docx
200519 Routekaart kwetsbare personen 13.02.xlsx

Hier weer de aangepaste versies, dinsdag 19 mei 13.02

- Routekaartenoverzicht (word)
- Routekaart tijdlijn (excel)

Checkvraag: de verruiming bezoek voor ouderen en mensen met beperking thuis is ook per **1 juni** toch (in lijn met de rest)?

De infographic zit nog vol met oude informatie, lijkt mij verstandig om het brondocument (word) als uitgangspunt voor nieuwe versie te nemen. Daarnaast termen in Kamerbrief terug laten komen in routekaart voor consistentie. De opmerkingen van het (10)(2e) en (10)(2e) alvast hieronder:

- (10)(2e) & (10)(2e)
  - Ik vind het gek dat er nu voor verschillende zorgvormen soms andere woorden worden gebruikt terwijl hetzelfde bedoeld wordt. Daar moet (10)(2e) (10)(2e) denk ik even naar kijken. Bijv: bij ggz instellingen staat op 6 mei, bezoek: : Ja, tenzij
  - En over MO/BW: bezoek 'op maat'. Voor mo/bw geldt eigenlijk ook Ja, tenzij. Dat is wmb hetzelfde als 'op maat'.
  - Mo/bw en ggz hebben dezelfde richtlijn dus daar moeten dezelfde woorden worden gebruikt.
  - Op 18 mei kan dan ook bij bezoek, net als bij ggz instellingen: bezoek ruimhartiger toestaan.
  - Vrouwenopvang is weggevallen (naar bw/mo), die moet weer terug.
- (10)(2e)
  - (10)(2e) kijkt samen met LZ nog even goed naar routekaart mensen met beperking instellingen en thuis.
  - Zitten no fouten in maar wel zaak om snel definitieve (concept)tekst brief te hebben.
  -
  - (10)(2e), in MT al besproken dat wij in schema graag willen spreken over 'mensen met kwetsbare gezondheid' ipv 'kwetsbare mensen' als verzamelnaam.
  -
  - Daarnaast t.a.v. vervoer even aandacht voor de vermelding van de 'niet medische mondkapjes' zoals ze er nu instaan (opmerking Eugenia). Dat geldt vooralsnog voor de mensen zonder verhoogd risico op ernstig beloop.

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) ((10)(2e)e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) ((10)(2e)e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 9:59:51 AM
Subject: FW: Indoor sporten
Received: Fri 5/22/2020 10:00:09 AM
COVID19_Indoor_Sports_Paper_CONFIDENTIAL (1).pdf

Hoi (10)(2e)

Dit stuk heb ik doorgestuurd gekregen, gaat over indoor sporten. Het ligt nog under review, dus vandaar dat het niet geheel openlijk gedeeld mag worden, maar misschien staat er nog wat in tav jullie werk met het OMT. Ik had het al even nav een discussie met (10)(2e) intern gedeeld.

Met vriendelijke groeten,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam

Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam

Bezoekadres: kamer (10)(2e) Dr.Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam

E-mail (10)(2e)@erasmusmc.nl | Telefoon 06 (10)(2e)

www.erasmusmc.nl

From: (10)(2e)
Sent: donderdag 21 mei 2020 09:27
To: (10)(2e). (10)(2e) < (10)(2e) @erasmusmc.nl>; (10)(2e). (10)(2e) < (10)(2e) @erasmusmc.nl>
Cc: (10)(2e) ((10)(2e) @nocnsf.nl) < (10)(2e) @nocnsf.nl>
Subject: Indoor sporten

Hoi (10)(2e) en (10)(2e).

Bijgevoegd een paper die nog under review ligt over indoor sporten en risico's. Gezien de discussie over dit onderwerp is deze informatie misschien nuttig in de besluitvorming in het OMT.

Met vriendelijke groeten,

270712

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

Erasmus MC
Universitair Medisch Centrum Rotterdam

Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam

Bezoekadres: kamer (10)(2e) Dr.Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam

E-mail (10)(2e)@erasmusmc.nl | Telefoon 06 (10)(2e)

www.erasmusmc.nl

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e))
Sent: Mon 5/18/2020 2:19:30 PM
Subject: RE: Tijdlijn Routekaart
Received: Mon 5/18/2020 2:19:31 PM
20200518 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 15.30.docx
200518 Routekaart kwetsbare personen 15.30.xlsx

Excel en Word zijn weer bijgewerkt.

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 15:07
Aan: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Tijdlijn Routekaart

Ja dat is klote!

Van: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 15:07
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Tijdlijn Routekaart

Ok. Het is lastig dat we nu in twee bestanden wijzigingen doorkrijgen. Excel en word…

Ik ga proberen om ze op 1 lijn te krijgen.

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

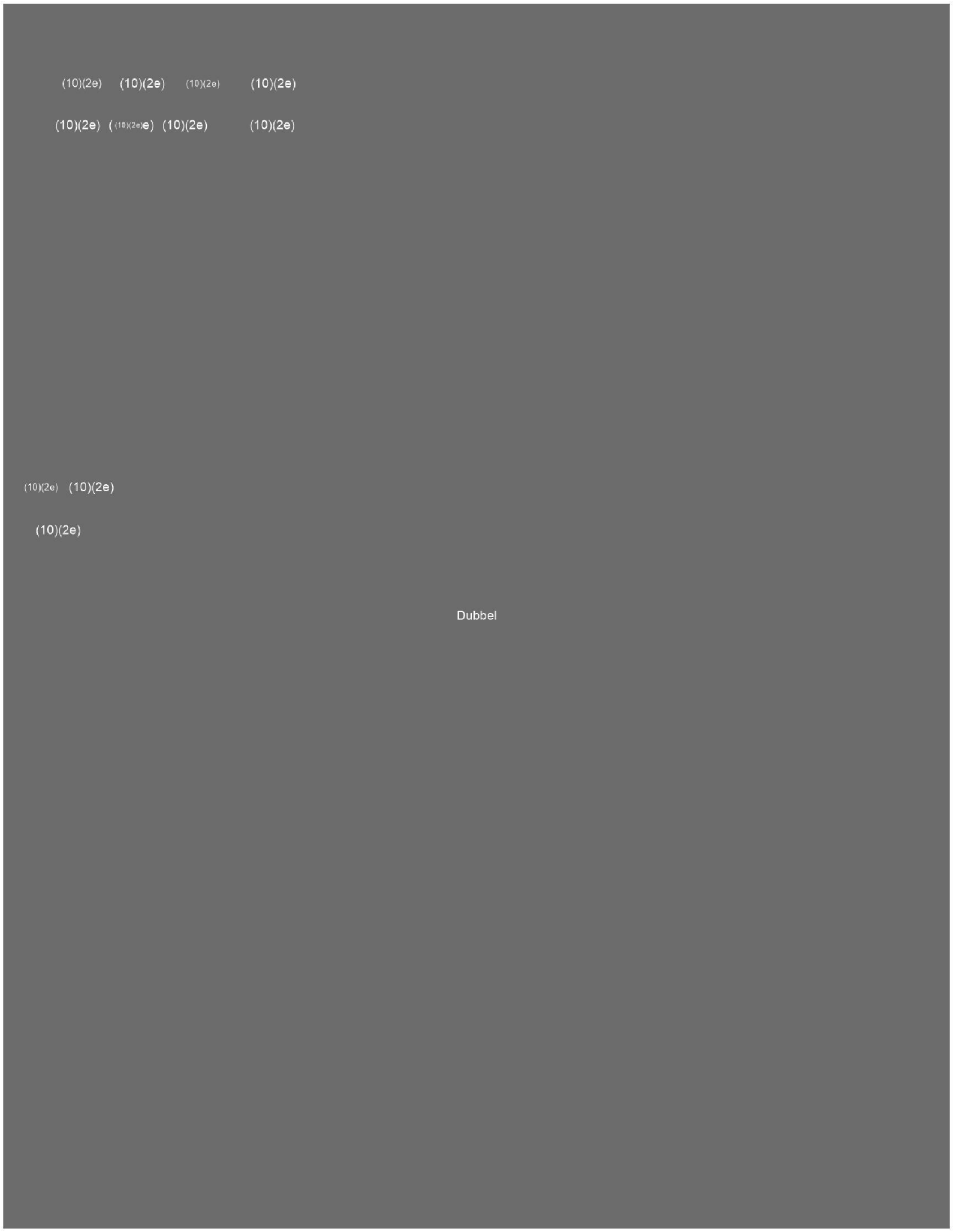
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)


(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
Dubbel

270745

To: (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e), ((10)(2e))
Sent: Tue 6/9/2020 3:48:12 PM
Subject: RE: opdrachtbrief aan LCDK/Berenschot
Received: Tue 6/9/2020 3:48:14 PM
20200608 DVO LCDK tweezijdig getekend.pdf
20200526 Offerte LCDK - ref. 63491 26 mei.pdf

Opzetje:

Beste (10)(2e),

(11)(1)

Groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@ (10)(2e)
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 16:00
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Re: Relatie met VMML

Dag (10)(2e),

Het idee van eea opnemen in een opdrachtbrief is een goed idee. Maken jullie een opzet?

Hartelijke groet,

(10)(2e). (10)(2e)

On 9 May 2020, at 16:32, (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl> wrote:

Ha (10)(2e),
Dank voor het uitschrijven. Heb er even over zitten nadenken.
Met de formuleringen kan ik wel uit de voeten volgens mij. Ik beschouw het als invulling van een belangrijk onderdeel van het LCDK, namelijk stakeholderbetrokkenheid.

Je gaf vrijdag aan dat je ook iemand vanuit de pandemielabs hebt opgenomen in je team. Daarmee straal je duidelijk uit aan brede stakeholder betrokkenheid te willen doen.
Volgens mij zou het een goed idee zijn voor de balans dat we daarover ook iets opnemen.

We voeren deze discussie nu over de band van de offerte. Dat is eigenlijk niet de meest handige route. Wat zou je ervan denken als we (uiteraard in samenspraak met jou) op basis van wat is opgeschreven in de offerte tot een soort opdrachtbrief komen waarin we zowel de relatie met VMML langs deze lijn opnemen (bijvoorbeeld ook met een verwijzing naar dit document als bijlage) als over de relatie met laboratoria die geen VMML lid zijn?

Ik bedacht me dat dit overigens wel eens breder zou kunnen zijn dan alleen de pandemielabs, namelijk ook de eerstelijnslabs zoals (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) klopt dat? In dat licht is het wellicht nog handig om een keer met

(10)(2e) te spreken, waarmee we al in contact zijn (maar waarvan ik af en toe ook terugkrijg dat die momenteel niet zo krachtig georganiseerd zijn).
Zou dat een route kunnen zijn? Zoja, dan heb ik de voorkeur om dit element in de offerte aan te duiden als dat jij de belangrijke stakeholders zoals VMML en andere laboratoria zult betrekken voor advies en realisatie van doelen LCDK oid.

Hoor graag of dit een goede uitweg biedt.

Groet
(10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e) Landelijke Testcapaciteit COVID-19
(10)(2e) @minvws.nl
+31 6 (10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@ (10)(2e)
Verzonden: zaterdag 9 mei 2020 15:48
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Relatie met VMML

Dag (10)(2e),

Nog een aanvulling op mij app met als voorstel dat wij met overleggen met (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) VMML.

In de afgelopen weken hebben ik veel overleg gehad met (10)(2e) VMML. Zij vergaderen daarnaast zelf in deze periode zeer frequent, om ook daadwerkelijk te kunnen helpen. Zij steken er dus pro bono best veel tijd in. Alle (10)(2e) zitten ze op een plek waar het COVID-dossier zorgt voor veel extra drukte, dus ze moeten er ook echt tijd voor reserveren. Ik waardeer dat heel erg en vindt dat dat respect verdient. Zij kijken uiteraard naar het belang van de MML's, maar wel vanuit een (10)(2e) perspectief en in de context van BV Nederland.

Wij hebben natuurlijk ook even moeten zoeken naar een goede afstemming, omdat we in een volledig andere flow zitten. Het tempo in LCDK is natuurlijk enorm hoog, dat is bestuurlijk niet bij te benen als je dat niet goed organiseert. We hebben daarvoor nu een klein document opgesteld, dat ik meestuur ter informatie.

Ik hoop dat je hiermee de rol van VMML en relatie tot mij beter begrijpt. Zij willen de relatie en hun adviesfunctie formeel vastleggen, zodat daar geen misverstand over ontstaat en het hen ook een legitimering geeft voor alle tijd die ze hierin investeren. Het is verder niet de bedoeling dit uit te venten of te gebruiken voor propaganda doeleinden of iets dergelijks.

Hartelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

To: (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e))
Sent: Tue 5/12/2020 6:29:19 PM
Subject: FW: draaiboek veiligheidsbewaking vaccinatie pandemie
Received: Tue 5/12/2020 6:29:20 PM
image003.png
20200501 Draaiboek veiligheidsbewaking corona pandemie vaccin.docx

Ha (10)(2e)
Deze is ook nuttig voor het overzicht. (10)(2e) stuurt ons nog een uitnodiging voor een overleg, lijkt me leuk en praktisch om die samen op te pakken zodra de datum bekend is. Meteen handig voor netwerk van betrokken partijen!

Groet!
(10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Datum: woensdag 06 mei 2020 9:34 AM
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2, (10)(2 (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: FW: draaiboek veiligheidsbewaking vaccinatie pandemie

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

270746

Dubbel

To: (10)(2e) [(10)(2e)@cbg-meb.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@raadrvs.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@hetcak.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@zonmw.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@dopingautoriteit.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@dopingautoriteit.nl]; (10)(2e)@scp.nl [(10)(2e)@scp.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@cbg-meb.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@ccmo.nl]; Kolman [(10)(2e)]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@igj.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@zinl.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@ciz.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@nza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@gr.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@NLsportraad.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/28/2020 2:14:20 PM
Subject: Stukken ICBR inz. COVID-19 d.d. 26 mei 2020
Received: Thur 5/28/2020 2:14:21 PM
0 b Agenda ICBR inz. COVID-19 d.d. 26 mei 2020.docx
1 a1 Conceptbesluitenlijst ICBR inz. COVID-19 d.d. 19 mei 2020.pdf
1 a2 Bijlage bij besluitenlijst 19 mei - Handreikingparticipatie-inspiratie tijdens de coronacrisis.pdf
2 b Welzijn en opstart Binnenwerk medewerkers.pdf
2 d Nota aanpak Rijksbreed onderzoek thuiswerken.pdf
Bijlage bij conceptverslag ICBR inz. COVID-19 26 mei 2020 - Memo ICBRinzake PBM vanuit werkgever Rijk.pdf
Conceptbesluitenlijst ICBR inz. COVID-19 d.d. 26 mei 2020.pdf

Beste allen,
Bijgaand ontvangen jullie de stukken en conceptbesluitenlijst van de ICBR inz. COVID-19 d.d. 26 mei 2020. Het stuk behorende bij agendapunt 2a is wegens commerciële vertrouwelijkheid niet bijgevoegd. Agendapunt 2c is via de gebruikelijke lijn gecommuniceerd en agendapunt 2e is mondeling toegelicht.
Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

Directie Organisatie, Bedrijfsvoering en Personeel
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5| 2511 VX| Den Haag | (10)(2e) etage
Postbus 20350| 2500 EJ| Den Haag

M: 06 (10)(2e)

Werkdagen
(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/18/2020 10:05:53 AM
Subject: FW: 20200515 Onderbouwing routekaart kwetsbare personen _RIVM
Received: Mon 5/18/2020 10:05:54 AM
20200515 Onderbouwing routekaart kwetsbare personen _RIVM.docx
20200515 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 17.02_RIVM.docx

Hoi (10)(2e),

Bijgevoegd ons commentaar op de routekaart van VWS.
(10)(2g)
(10)(2g)

Groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 18 mei 2020 11:57
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: 20200515 Onderbouwing routekaart kwetsbare personen _RIVM

Hierbij onze reactie.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Landelijke Coordinatie Infectieziektebestrijding (RIVM-LCI)
Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's (RIVM-DVP)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
A. van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven | Kamer (10)(2e) | Postbak (10)(2e)
Postbus 1 | 3720 BA | Bilthoven

T 030- (10)(2e)
M 06- (10)(2e)
F 030- (10)(2e)
E (10)(2e) @rivm.nl

Werkdagen: (10)(2e)
………………………………………………………………

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 6/2/2020 11:40:06 PM
Subject: RE: Samenvatting geredigeerd
Received: Tue 6/2/2020 11:40:07 PM
20202605infectieradargrafieken_AJ.docx
Output week 22.docx
overview_age.xlsx

Beste (10)(2e)

Hierbij alle resultaten voor deze week – de vier grafieken die je had uitgezocht, je tekst met wat snelle aanpassingen van mij (morgen meer – nu moe), en data voor een interactieve grafiek op de website (symptomen per leeftijd).

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: 26 May 2020 11:13
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Samenvatting geredigeerd

Beste (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e),

Zoals gisteren met (10)(2e) afgesproken heb ik de samenvatting geredigeerd. Gisteren is een andere classificatie gemaakt voor symptomen in het OMT. Dat is van invloed lijkt me op Infectieradar en de rapportage.

Hartelijke groet, (10)(2e)

286949

(10)(2e))

Van: (10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))
Verzonden: zondag 3 mei 2020 14:32
Aan: _Dienstpostbus Digitale Balie
CC: (10)(2e)); (10)(2e)); DGLZ; (10)(2e)); _Dienstpostbus Directiesecretariaat DMO
Onderwerp: FW: aanbieding RVS advies '(Samen)leven is meer dan overleven'
Bijlagen: RVS advies '(Samen)leven is meer dan overleven'.pdf; Aanbiedingsbrief Top VWS - minister De Jonge.pdf; PERSBERICHT Bredere afwegingen nodig bij besluiten over coronamaatregelen.pdf

Beste (10)(2e), (10)(2e)

Graag bijgaande mail innemen.

Alvast dank hiervoor.

Groet,

(10)(2e) (10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work(www.blackberry.com)

Van: Evenementen RVS <(10)(2e)@raadrvs.nl>
Verzonden: 3 mei 2020 13:52
Aan: Minister van VWS <(10)(2e)minvws.nl>
Onderwerp: aanbieding RVS advies '(Samen)leven is meer dan overleven'

Geachte minister De Jonge,

Hierbij ontvangt u ons advies *'(Samen)leven is meer dan overleven'*. In de bijlage vindt u:

- De aanbiedingsbrief
- Het advies
- Het persbericht

Het advies is ook hier te downloaden via onze website.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

06-(10)(2e) / (10)(2e)@raadrvs.nl
Parnassusplein 5 / Postbus 19404 / 2500 CK Den Haag
070-(10)(2e) / (10)(2e)@raadrvs.nl / www.raadrvs.nl / Twitter: @raadRVS

286949

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0) (10)(2e)
(10)(2e)@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadrvs

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer H.M. de Jonge
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Datum
3 mei 2020
Kenmerk
49.30.1684120/jvds
Doorkiesnummer
070-340 52 94
Betreft
Aanbieding advies '(Samen)leven is meer dan overleven'
Bijlage(n)
1

Geachte minister De Jonge,

Via deze weg brengen we u graag op de hoogte van de publicatie van het advies '(Samen)leven is meer dan overleven'. In het advies stelt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) dat er meer ruimte moet komen voor maatwerk in de maatregelen als gevolg van de coronacrisis. Kwaliteit van leven en het verminderen van sociale- en gezondheidsrisico's zouden daarbij centraal moeten staan.

De RVS pleit voor een helder nationaal kader dat ruimte biedt voor een brede afweging van alle relevante onderdelen van kwaliteit van leven. De RVS ziet bijvoorbeeld mogelijkheden voor bestuurders van verpleeghuizen en zorginstellingen om zelf een afweging te maken over het beperkt toelaten van bezoek, in afstemming met hun cliënten, naasten en zorgprofessionals. Of mogelijkheden om een kind met een beperking wél naar de dagbesteding te laten gaan, omdat de druk op de rest van het gezin niet vol te houden is. Geen algemeen verbod op bezoek of algemene sluiting van dagbestedingen dus, maar ruimte voor de betrokken partijen om zelf verantwoordelijkheid te nemen.

Om te balanceren tussen duidelijke kaders én ruimte voor maatwerk is het nodig dat politieke besluiten door veel bredere kennis en ervaring dan alleen het huidige OMT worden gevoed. En dat de politiek zich niet achter deze kennis verschuilt, maar de breed beschikbare kennisbasis gebruikt voor het maken van eigen afwegingen. Het is tijd voor een overgang van crisisbestuur naar adaptief bestuur, juist vanwege de onzekerheid en complexiteit van de tijd die voor ons ligt. En dat we leren van de samenwerking en innovaties die nu zichtbaar zijn. Om met elkaar een veerkrachtige samenleving, nu en straks, vorm te geven.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e),
(10)(2e) (10)(2e)

286949

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

(Samen)leven is meer dan overleven

Breder kijken en kiezen in tijden van corona

286949

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

(Samen)leven is meer dan overleven

Breder kijken en kiezen in tijden van corona

286949

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan. De RVS adviseert regering en parlement op het snijvlak van volksgezondheid & samenleving. De RVS wil in een veranderende Samenleving perspectief bieden op het zorgen van & voor morgen.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0 (10)(2e)
(10)(2e)@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2020-04
ISBN: 978-90-5732-293-8

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website ↳ www.raadrvs.nl

286949

Inhoudsopgave

Vooraf

Het maatschappelijke gezondheidsrisico van het coronavirus heeft tot verregaande maatregelen geleid. Maatregelen met als doel om kwetsbare mensen te beschermen, IC-capaciteit niet te overvragen en professionals in de zorg niet te overspoelen. Maatregelen in een crisis, die diep op onze samenleving ingrijpen.

Samen zoeken we nu langzaam een weg uit de crisissituatie. Politici en beleidsmakers in het groot, burgers in het klein. De onzekerheid daarbij is groot. We krijgen elke dag bericht van het RIVM over – inmiddels gelukkig dalende – aantallen besmettingen, ziekenhuisopnames, IC-bedden en sterfgevallen. Maar wat weten we over de prijs van uitgestelde zorg en over de economische en mentale schade die de crisis aanricht? Onze samenleving is aan het veranderen, maar niemand weet precies hoe dat 'anders' er straks uit gaat zien.

In dit advies vraagt de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) aandacht voor dat wat in de crisissituatie onderbelicht blijft. Voor de vele sociale- en gezondheidsproblemen waar mensen door de crisis mee kampen. Bestaande problemen die door de crisis verscherpt zijn; nieuwe risico's én kansen die door de crisis ontstaan. Het benoemen hiervan doen we niet alleen om bij te dragen aan *damage control* op korte termijn. Het verbreden van de blik op de crisis kan politiek en beleid ook helpen om in de komende tijd verdere keuzes te maken.

De RVS vindt dat afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven daarin een prominente plaats moeten krijgen. Zulke afwegingen worden concreet op allerlei niveaus en in allerlei domeinen tegelijkertijd. In de keuze voor een behandelplan, in afwegingen over passende ondersteuning voor een gezin met problemen, in het vormgeven van een bloeiend leven thuis en op het werk, in het nadenken en spreken over leven en sterven, in politieke keuzes over kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg, en zo verder.

In een crisissituatie, waarin daadkracht en snel handelen geboden zijn, komt dit soort afwegingen onder druk te staan. Ze worden versmald tot wat het meest urgent en het meest bedreigend is. In deze crisis was dat de beschikbaarheid van voldoende IC-bedden met bijbehorende mensen en materialen. 'Op slot' was het logische en uitlegbare gevolg. We zijn minder op slot gegaan dan andere landen en hebben de verspreiding van het virus toch tot staan gebracht. Een evenwichtsoefening waar Nederland in is geslaagd. Nu staan we met elkaar voor de lastige vraag: hoe komen we weer van het slot? Hoe verbreden we onze blik en verleggen we onze prioriteiten, wetende dat het virus zich opnieuw kan verspreiden?

Juist vanwege alle onzekerheid is het noodzakelijk om te komen tot een andere richting voor de complexe afwegingen en beslissingen die politiek en beleid nog te wachten staan. Zowel in de fase waarin de maatregelen geleidelijk versoepeld kunnen worden, als in een fase waarin het aantal besmettingen mogelijk weer stijgt en overbelasting van de zorg opnieuw dreigt. Dit advies wil daaraan bijdragen. Vertrekpunt daarbij is om in politiek en beleid vanuit een brede blik waardegedreven afwegingen te maken. Daarmee ontstaat in ogen van de Raad namelijk ook ruimte voor vele anderen – burgers, professionals, bestuurders, ondernemers, onderzoekers – om bij te dragen aan goed en gezond (samen)leven. Dat geeft hoop en voedt de veerkracht van onze samenleving, juist in tijden van corona.

Dynamiek in het hart van publieke gezondheid

De RVS is overtuigd van de noodzaak om in de komende fase meer ruimte te bieden voor maatwerk binnen algemene kaders. Dat is nodig in het belang van bredere afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven. In dit advies doet de RVS aan de hand van vier thema's aanbevelingen om de blik te verbreden en prioriteiten te verleggen. In deze paragraaf schetsen we eerst de richting waarin die verbreding plaats kan vinden.

Want we weten: het virus is niet weg. Voorstellen om maatregelen te versoepelen of los te laten moeten zich verhouden tot het risico op nieuwe verspreiding van het virus. Alle ruimte die de RVS bepleit brengt daarom ook verantwoordelijkheden met zich mee voor het voorkomen van besmetting. Dat vraagt om voorbereiding op het terrein van beschermingsmiddelen, contactonderzoek, testcapaciteit en ziekenhuiscapaciteit. Overbelasting van de zorg is en blijft onaanvaardbaar. Tegelijkertijd is juist het feit dát het virus naar verwachting voorlopig onder ons blijft reden te meer om onze blik te verbreden en ruimte te creëren om verschillende prioriteiten (waarden) tegen elkaar af te wegen. De schade aan gezondheid, economie en welzijn als gevolg van de crisis wordt simpelweg te groot, en ook dat is onaanvaardbaar.

Dit dilemma raakt aan het hart van publieke gezondheid: individuele acties hebben collectieve consequenties. De vrijheid van de een heeft invloed op de gezondheid van de ander. Vanuit dit dilemma zijn twee routes mogelijk. De eerste route zagen we tijdens de acute crisis: collectief gaat boven individu. Een statische, maar daadkrachtige hiërarchie die snel en gericht handelen mogelijk maakt. En met succes. Bij deze route past ook de huidige neiging om generiek aan te sturen op "de anderhalvemetersamenleving" en "het nieuwe normaal". De tweede route past minder goed bij de crisisfase, want is complexer, maar daardoor ook dynamischer. Hier is de verhouding tussen individu en collectief in beweging: er is ruimte voor contextgebonden afwegingen binnen publiek vastgestelde kaders en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid.

De RVS adviseert om deze tweede route te kiezen als richting voor de volgende fase. Dat betekent dat er een ander beroep op burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers gedaan gaat worden. Zij krijgen – binnen publiek vastgestelde kaders, elk in hun eigen context en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid – meer ruimte en vertrouwen om een afweging te maken tussen de verschillende waarden die voor hen belangrijk zijn, en om daar ook naar te handelen. Bijvoorbeeld door een afweging te maken over het beperkt toelaten van bezoek in een verpleeghuis om vereenzaming tegen te gaan. Of door ervoor te kiezen een kind met een beperking wél naar de dagbesteding te laten gaan, omdat de druk op de rest van het gezin niet vol te houden is. Of – en dat kan ook – door de afweging te maken een afdeling of instelling juist extra te isoleren, omdat een uitbraak van het virus in de regio de personeelsbezetting ernstig onder druk zet en continuïteit van zorg anders in gevaar komt.

De verantwoordelijkheid die mensen en organisaties dragen voor het voorkomen van een nieuwe dreigende overbelasting van de zorg wordt hiermee groter. Maar ook actiever en 'draaglijker': mensen en organisaties handelen vanuit wat voor hen betekenisvol is, in plaats van dat ze zich voegen naar een generieke norm tot het houden van anderhalve meter afstand. Deze route biedt daarmee ook meer ruimte voor het erkennen van en omgaan met onzekerheid en voor het bespreekbaar maken van ethische dilemma's die horen bij een pandemie (CEG 2012).

Deze tweede route vraagt om meer flexibiliteit op alle fronten, óók wat betreft het organiseren van voldoende beschermingsmaterialen, contactonderzoek, testcapaciteit en IC-capaciteit. Bijvoorbeeld door burgers een rol te geven in het doen van contactonderzoek, door te verkennen of en hoe een flexibele opschaling van het aantal IC-bedden mogelijk is, en door op een slimme manier meer beschermingsmiddelen in eigen land te produceren (en die ook anders te verdelen). Daar komen we bij de uitwerking van de verschillende thema's op terug.

286949

Thema 1 Kwaliteit van leven & sterven

Het is van belang om afwegingen over maatregelen die verspreiding van het virus tegen moeten gaan te plaatsen in de context van een bredere afweging over kwaliteit van leven en – indien aan de orde – waardigheid van sterven.

'Kwaliteit van leven' staat in de crisisfase in het teken van het voorkomen en vertragen van besmetting, met name onder mensen die vanwege hun leeftijd of vanwege gezondheidsklachten meer risico lopen om ernstig ziek te worden van het virus. De beschikbaarheid van IC-bedden, beademingsapparatuur en beschermingsmateriaal voor zorgprofessionals is een belangrijk argument geweest voor de verregaande crisismaatregelen. Ook dat had met kwaliteit van leven te maken, of specifieker: met het garanderen van toegang tot zorg voor mensen die na besmetting ernstig ziek werden en mogelijk in levensgevaar zouden komen te verkeren. En dus met het voorkomen van het zwartste scenario van totale overbelasting van de acute zorg en onmogelijke dilemma's zoals voor wie IC-bedden bestemd zouden zijn. Deze aanpak heeft ook gevolgen gehad voor de omstandigheden waaronder mensen in het ziekenhuis, verpleeghuis en thuis overlijden. Nabijheid in de periode voorafgaand aan overlijden (aan corona, of aan een andere aandoening) is nu immers niet of nauwelijks mogelijk.

Binnen het streven naar het voorkomen en vertragen van besmetting is er maar weinig ruimte om te vragen wat de gevolgen zijn van het wekenlang niet op bezoek mogen bij je gehandicapte zoon of dochter in een instelling. Of om te vragen wat het betekent als het verblijf in een verpleeghuis – de gemiddelde resterende verblijfsduur van mensen die er nu wonen is 9 maanden – gekenmerkt wordt door eenzaamheid. Of om te vragen wat het met mensen zelf en hun naasten doet als zij alleen, of enkel met mensen in isolatiepakken met brillen en mondkapjes om hen heen, sterven.

De kaders uit de crisisfase bieden weinig ruimte voor de inbreng van cliënten, professionals en bestuurders zelf. Dat is problematisch nu de situatie nog veel langer lijkt te gaan duren. In de komende tijd is het daarom van belang om ruimte te creëren en te behouden voor het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven. En om op grond daarvan ook diverse afwegingen toe te laten over de invulling van algemene maatregelen gericht op het minimaliseren van de kans op besmetting. Dat brengt de zeggenschap over kwaliteit van leven en waardigheid van sterven weer terug waar die hoort: bij mensen zelf. Niet als puur individuele beslissing, maar als sociale afweging waarin naast persoonlijke aspecten ook de voorkeuren van en de consequenties voor anderen meespelen. Het gaat dan over directe naasten, andere patiënten en cliënten en uiteraard ook de betrokken zorg- en hulpverleners (zowel in ziekenhuizen en instellingen als bij zorg aan huis).

De RVS roept op tot maatwerk bij de invulling van algemene maatregelen gericht op het minimaliseren van de kans op besmetting in ziekenhuizen, zorginstellingen en bij zorg aan huis. Dat betekent concreet:

Laat het overkoepelende verbod op bezoek in instellingen los. Geef verpleeghuizen, ggz-instellingen, instellingen in gehandicaptenzorg, jeugdhulp en beschermde woonvormen de ruimte om binnen kaders te komen tot een passende bezoekersregeling in tijden van corona. De uitkomst daarvan kan per sector, en zelfs per instelling of locatie verschillen. De overwegingen van cliënten en hun naasten enerzijds en van de betrokken professionals anderzijds zijn van belang om tot een beslissing te komen. Die overwegingen kunnen ingebracht worden via onder meer cliëntenraad, familieraad en ondernemingsraad. Het bestuur neemt uiteindelijk een gedragen besluit en geeft daarmee invulling aan zowel mensgerichte zorg als goed werkgeverschap. Afstemming met de lokale GGD is een belangrijke voorwaarde, net als het voorzien in de benodigde testcapaciteit voor betrokken professionals en het beschikbaar stellen van de nodige beschermingsmiddelen aan zowel professionals als bezoekers. De bezoekers die naar aanleiding van zo'n besluit worden verwelkomd hebben bovendien een eigen verantwoordelijkheid om hun andere sociale contacten te minimaliseren – en mogen daarop aangesproken worden.

286949

Het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven werd en wordt op veel plaatsen gevoerd – maar nog lang niet overal. De crisis brengt dat in beweging. Huisartsen geven aan dat gesprekken over kwaliteit van leven en waardig sterven toenemen, bijvoorbeeld met ouderen die nog thuis wonen of met mensen van alle leeftijden die tot de risicogroep behoren. Dat is een positieve ontwikkeling die we moeten vasthouden. Dat betekent concreet:

Stimuleer huisartsen, praktijkondersteuners en (wijk)verpleegkundigen om met oudere en/of ernstig zieke cliënten het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven te voeren. Bijvoorbeeld met behulp van een levenstestament of behandelpaspoort. De uitkomst kan zijn dat het voorkomen van besmetting in een specifieke casus ondergeschikt is aan de mentale- en gezondheidsschade als gevolg van isolement. Of dat opname en behandeling in geval van besmetting niet opwegen tegen de zware revalidatie met beperkte kansen op goed herstel daarna. In deze setting moeten cliënten, hun naasten en de betrokken hulpverleners samen tot een goede afweging kunnen komen over de waarde van bezoek, interactie en contact. Op een zelfde manier dus waarop nu al tot afwegingen over wel/niet reanimeren of wel/niet doorbehandelen gekomen wordt.

Ook buiten instellingen staat kwaliteit van leven door de algemene maatregelen met betrekking tot *social distancing* onder druk. 'Het huishouden' is op dit moment de enige toegestane vorm van samenkomen (met uitzondering van jonge kinderen, die weer samen mogen spelen). Alleenstaanden van alle leeftijden komen door deze norm letterlijk alleen te staan. De aanbeveling om in het voorkomen en vertragen van besmetting meer ruimte voor maatwerk toe te staan, kan ook hier gelden. Dat betekent concreet:

Bied alleenstaanden van alle leeftijden de ruimte om toch beperkt samen te komen met anderen, bijvoorbeeld door hen toe te staan met een beperkt aantal andere personen een tijdelijk 'huishouden' te vormen. Dit kan mentale gezondheidsschade van sociaal isolement op langere termijn voorkomen. Ook hier geldt de verantwoordelijkheid van 'huishoudens' om hun andere sociale contacten te minimaliseren.

Het voorkomen en vertragen van besmetting is dus één aspect van kwaliteit van leven in plaats van het enige aspect. Zowel in de periode van het versoepelen van maatregelen als in een mogelijke fase van nieuwe verspreiding van het virus. De context bepaalt hoeveel gewicht dit aspect zou moeten krijgen – en dat kan dus per sector, instelling, locatie of huishouden verschillen. Laagdrempelig testen (en dat ook goed begeleiden en monitoren), contactonderzoek verrichten en beschermingsmiddelen inzetten zijn daarbij belangrijke voorwaarden.

Thema 2 Ongelijkheid & kwetsbare groepen

'Kwetsbaar' ben je in deze crisis als je bovengemiddeld kans hebt op een ernstig verloop van de ziekteverschijnselen die het coronavirus veroorzaakt. Samen moeten we deze kwetsbare groep beschermen. De crisisaanpak is daarop gericht. Maar daarmee sluiten we onze ogen voor andere sociale- en gezondheidsrisico's voor kwetsbare groepen die het gevolg zijn van de crisisaanpak – en dus voor andere voorwaarden voor goed en gezond (samen)leven.

Immers: kwetsbaar zijn ook de kinderen in het voortgezet speciaal onderwijs die straks nog niet naar school mogen, kinderen en volwassenen met een beperking die normaal gesproken naar de dagbesteding kunnen, kinderen met leerachterstanden die nog verder achterop raken, gezinnen waar het onveilig is, dak- en thuislozen, chronisch zieken die onvoldoende begeleid worden en zieke mensen wiens behandeling of operatie wordt uitgesteld. En er is een snel groeiende kwetsbare groep van mensen met weinig financiële reserves die hun baan of bedrijf verliezen en daar grote zorgen over hebben. Al deze groepen worden hard getroffen door de crisismaatregelen en dragen meer risico voor de negatieve gevolgen ervan op lange termijn. Het gaat daarbij zowel om directe gezondheidseffecten, door alle reguliere zorg die is uitgesteld of aangepast, als om indirecte gezondheidseffecten nu en straks: gezondheidsschade op korte en langere termijn door (stapeling van) stress, schulden, eenzaamheid, armoede, huiselijk geweld, dakloosheid of leerachterstanden.

De crisisaanpak leidt daarom gemakkelijk tot toename van ongelijkheden. Dat plaatst de vraag naar solidariteit in een ander daglicht. Welke kwetsbare groepen willen we als samenleving beschermen? Dat is het dilemma waar we voor staan: wanneer gaat afstand houden ten behoeve van de gezondheid van de ene kwetsbare groep ten koste van goed en gezond (samen)leven van vele andere kwetsbare groepen? Groepen die normaal gesproken juist gebaat zijn bij nabijheid en ontmoeting op de dagbesteding, op school, bij de zorgverlener of therapeut.

In de komende fase is het nodig om verantwoordelijkheid te nemen voor de ongelijke gevolgen van de crisis voor de kansen op goed en gezond (samen)leven van kwetsbare groepen in Nederland. Dat betekent dat politiek en beleid in de afwegingen over hoe nu verder vanuit een bredere opvatting over kwetsbaarheid verschil moeten gaan maken in de manier waarop we maatregelen uit de crisisfase verruimen. Hoe?

De RVS beveelt politiek en beleid aan om bij het versoepelen van de crisismaatregelen voorrang te geven aan kwetsbare groepen, namelijk daar waar de sociale- en gezondheidsrisico's als gevolg van de crisisaanpak het grootst zijn. Dat betekent concreet:

Sta versoepelingen van de maatregelen als eerste toe op die plekken waar de verhouding tussen winst in termen van goed en gezond (samen)leven versus risico op verspreiding van het virus het meest voordelig uitvalt. De mate waarin bepaalde groepen voor hun basale levensbehoeften afhankelijk zijn van anderen kan houvast bieden voor het maken van dit type onderscheid. Dus bijvoorbeeld eerst weer dagbesteding voor psychiatrische patiënten, zorg en begeleiding voor kinderen met een beperking, of hervatting van werk op sociale werkvoorzieningen. Daarin is fysieke nabijheid onvermijdelijk. Een anderhalvemetersamenleving werkt hier simpelweg niet. Dat betekent dan ook dat voldoende beschermingsmiddelen en testcapaciteit voor zowel betrokken professionals als cliënten en hun naasten hier van groot belang zijn.

Onderschat de gezondheidseffecten van stress, onzekerheid en werkloosheid niet. De mentale gevolgen van de crisis kunnen we bij lange na niet overzien. De positie van kleine ondernemers, mensen met flexibele contracten en zzp'ers komt niet alleen in economische zin onder druk te staan, maar (financiële) onzekerheid kan ook leiden tot stress en gezondheidsklachten op langere termijn. Signaleer daarom waar bestaanszekerheid door de crisis onder druk komt te staan en wees daar op lokaal niveau tijdig bij. Niet alleen vanuit economische overwegingen, maar ook vanuit de maatschappelijke gevolgen van bestaans**on**zekerheid voor gezondheid, welzijn en participatie van mensen. In het recente advies *Herstel begint met een huis* heeft de RVS laten zien dat bestaansonzekerheid een belangrijke onderliggende verklaring voor dakloosheid is. In dat advies biedt de RVS ook handvatten voor vroegsignalering van bestaanszekerheid.

286949

Een bredere opvatting over wat mensen kwetsbaar maakt helpt om meer verschil te maken in of, hoe en wanneer maatregelen worden verruimd. Dat geldt ook voor de communicatie daarover: die moet toegankelijk en begrijpelijk zijn al naar gelang de doelgroep. Te zijner tijd is het in het verlengde hiervan ook goed om al na te denken in welke volgorde een eventueel vaccin toegankelijk wordt, wat ons betreft te beginnen met kwetsbare groepen.

Thema 3 Zorg & ondersteuning in beweging

Afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven raken het hart van zorg en ondersteuning, en daarmee ook aan de organisatie daarvan. Nog nooit werden zorg en ondersteuning op zo'n grote schaal stopgezet. De schade daarvan is groot en de inhaalslag waar gehandicaptenzorg, jeugdhulp, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, thuiszorg én alle niet-acute medische zorg voor staan is enorm. Hoe komen we tot een situatie waarin alle andere vormen van zorg en ondersteuning weer toegankelijk worden én blijven, zelfs als het virus zich opnieuw snel zou verspreiden en overbelasting van IC- en acute zorg dreigt?

De crisis biedt mogelijkheden om in de komende tijd systeemfouten waar we al langer tegenaan lopen op te lossen. We zien goede ontwikkelingen. Samenwerking tussen zorgaanbieders komt ineens van de grond en veel mooie zorginnovaties zien het licht. Het aanpassingsvermogen van zorg en ondersteuning is groot en de ruimte voor innovatie, creativiteit en ondernemerschap wordt ten volle benut. Instellingsbelangen worden veel meer losgelaten dan voorheen – en ook dat is winst. Daarnaast is er nu de mogelijkheid om inzicht te krijgen in overmedicalisering en overbehandeling. Dat is zeker relevant met oog op de toekomst.

Als we niet oppassen raken deze goede ontwikkelingen na de acute fase van de crisis verstrikt in regels, procedures en financiële kaders zoals die voor de crisis golden. Bijvoorbeeld als het gaat om het experimenteren met zorg op afstand. Zowel zorg- en hulpverleners als patiënten en cliënten ervaren nu wat er digitaal mogelijk is. Het scheelt (reis)tijd en hoeft in kwaliteit lang niet altijd onder te doen voor een gesprek in de spreekkamer of thuis. Vraagstukken met betrekking tot toegankelijkheid, privacy, digitale vaardigheden en financiering komen nu scherp in beeld en kunnen dus heel gericht worden opgepakt. De crisis maakt het mogelijk om wet- en regelgeving aan te passen op de praktijk, in plaats van andersom. Hoe?

De RVS adviseert om de ruimte voor samenwerking en innovatie die de crisis heeft opgeleverd te benutten bij het hervatten van zorg en ondersteuning in de fase na de crisis. Maatregelen die zorgverleners en -organisaties flexibiliteit bieden helpen daarbij – juist ook om te blijven leren en reflecteren. Dat betekent concreet:

Maak verwijzingen, beschikkingen en indicatiestellingen op maat niet alleen nu maar structureel mogelijk. Zodat in elke casus een afweging plaatsvindt over waar en hoe veilige en verantwoorde zorg of ondersteuning geboden kan worden. Bijvoorbeeld als het gaat om het snel verplaatsen van zorg van ziekenhuis naar verpleeghuis, of om het voeren van een indicatiegesprek op afstand in plaats van in persoon.

Focus niet alleen op onderbehandeling en de gevolgen daarvan, maar durf ook in beeld te brengen waar het niet leveren van zorg of ondersteuning positief uitpakt. Het is wenselijk dat er met spoed onderzoek wordt gedaan naar de effecten van de opgeschorte zorg. Het initiatief ligt bij de partijen in het veld; Zorginstituut Nederland heeft hierin vanuit haar wettelijke taken ook een belangrijke rol. De crisis biedt een kans om overmedicalisering en overbehandeling in de praktijk te doorbreken. Dat kan een goede balans in kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning bevorderen, en ook interessante inzichten bieden ten aanzien van preventie.

Bied zekerheid en ruimte aan grote én kleine zorgaanbieders door in deze fase met aanneemsommen in plaats van p x q-financiering te werken. Zorgverzekeraars doen dat al ten dele door bijvoorbeeld ziekenhuizen ondanks de grootschalige behandelstop te blijven financieren. Ook gemeenten kunnen hier veel in betekenen. Dat geeft zorgaanbieders in alle sectoren de kans om vanuit wederzijds vertrouwen te verkennen hoe en in welke (nieuwe) vorm zij hun zorg weer kunnen oppakken. Het is bovendien een vorm van risico's delen die past bij het publieke belang dat zorgaanbieders dienen. Er mag ook wat tegenover staan, zoals toetsing op zinnige zorg of digitaal aanbod. Ten slotte biedt deze vorm van financiële zekerheid ruimte voor het vormgeven van innovatieve praktijken, waarop later kritisch en evenwichtig gereflecteerd kan worden met zowel zorgverzekeraars en gemeenten als patiënten en cliënten.

De wens tot meer domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals en tussen organisaties in het belang van kwaliteit van zorg en ondersteuning klinkt al langer, maar komt nu in een stroomversnelling. Het is waardevol om scherp te krijgen hoe dat precies verloopt. Dat betekent concreet:

Inventariseer hoe en onder welke voorwaarden samenwerking nu tot stand komt, en waar die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning ten goede komt (en ook waar niet!). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zou hier mogelijk een rol in kunnen hebben.

De vernieuwing van nu is indrukwekkend en kan voor patiënten en cliënten ook echt een waardevolle verandering betekenen. Daarom is dit advies ook een oproep tot flexibiliteit gericht aan overheid, zorgverzekeraars en beroepsgroepen waar het gaat om het snel aanpassen, loslaten of verbeteren van regels en procedures. Dat betekent concreet:

Omarm 'zorg op afstand' niet als hét nieuwe normaal, maar als waardevolle en onmisbare uitbreiding van het repertoire dat zorg- en hulpverleners te bieden hebben. Professionals zijn aan zet om in overleg met hun cliënten en patiënten steeds een afweging te maken over welke vorm van zorg of ondersteuning passend is. Dat heeft gevolgen voor ons begrip van kwaliteit en veiligheid van zorg. Regels en procedures moeten daarbij aansluiten.

Improvisatievermogen en innovatiekracht van patiënten, professionals en bestuurders hebben tijdens de crisis een hoge vlucht genomen. Daarop voortborduren vraagt enerzijds alertheid om te kunnen behouden wat goed blijkt te werken en zicht te krijgen op waar regels en procedures dat belemmeren. Anderzijds vraagt het om te blijven reflecteren op de vraag of de lessen ook passen in een niet-crisis fase.

286949

Thema 4 Adaptief bestuur & leiderschap

Meer ruimte voor maatwerk door burgers, professionals en bestuurders vraagt om een ander type politieke besluitvorming dan in de crisisfase. Politieke besluitvorming ligt in de crisis bij een klein deel van het kabinet, met verantwoording in het parlement achteraf. Die volgorde van beslissen en verantwoorden maakt het democratisch proces op langere termijn kwetsbaar.

Die kwetsbaarheid is in de crisisfase versterkt door de wijze waarop beleid en kennis verstrengeld raakten. Politieke besluiten werden een-op-een gekoppeld aan adviezen van het Outbreak Management Team (OMT), in de veronderstelling dat ze daarmee beter uitlegbaar en verdedigbaar zijn. Dat is problematisch. Beleid vraagt immers om politieke en normatieve afwegingen tussen verschillende waarden, voor- en nadelen van interventies en het omgaan met risico's. Kennis kan gebruikt worden om politieke afwegingen te onderbouwen, maar de politiek zal altijd zelf moeten gaan staan voor de keuzes die ze uiteindelijk maakt. Kennis kan dat nooit vervangen.

Bovendien is de keuze voor het type kennis dat gebruikt wordt als onderbouwing van politieke besluiten in de crisis beperkt geweest. Van vele kanten klinkt inmiddels de roep om verbreding en wordt gepleit voor het betrekken van sociologen, ethici, economen, biologen, bestuurskundigen, pedagogen, kunstenaars, filosofen, antropologen en anderen bij de totstandkoming van beleid voor de volgende fase. Van andere kanten klinkt om vergelijkbare redenen de roep om burgers veel meer inspraak te geven.

In feite is dit een brede roep om adaptief bestuur en leiderschap. Dat is een vorm van bestuur die in een onvoorspelbare en complexe realiteit borgt dat er voldoende ruimte blijft voor afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven. En een vorm van leiderschap waarbij lastige politieke keuzes zich niet verschuilen achter kennis en expertise, maar onzekerheden en botsende inzichten benoemd mogen worden. Daarbij past dan ook het betrekken van verschillende informatiebronnen en perspectieven.

De RVS ondersteunt de roep om verbreding en pleit voor een snelle overgang van crisisbestuur naar adaptief bestuur. Hoe?

De RVS beveelt aan om in de komende fase brede en openlijke inspraak, ruggenspraak en tegenspraak te organiseren. Dat betekent concreet:

Uitbreiden en verbreden van wetenschappelijke expertise én ervaringskennis die gebruikt wordt als input voor politieke besluitvorming. Dat geldt op korte termijn voor het Outbreak Management Team, maar met oog op de langere termijn is het ook nuttig om andere kennisverbanden te benutten. In de afgelopen jaren is in het kader van de Nationale Wetenschapsagenda ervaring opgedaan met onderzoek naar grote maatschappelijke uitdagingen. Daarbij worden zowel burgers, bedrijven, NGO's, kennisinstellingen als overheidsorganisaties betrokken. Uit dat proces en de lessen die daaruit getrokken zijn kan geput worden.

Om een gelijkwaardige, constructief kritische dialoog te kunnen voeren is gelijkwaardige toegang tot kennisbronnen noodzakelijk. Dat pleit voor het openbaar maken van rekenmodellen, onder meer van het RIVM, en voor het publiceren van wetenschappelijke kennis die nu ontwikkeld wordt via open access kanalen (in lijn met kabinetsbeleid m.b.t. open science).

Borg een zorgvuldige bespreking en stemming over de wet Coördinatie uitzonderingstoestanden die nu voorligt in het parlement. De wet beoogt het democratische proces in de politieke besluitvorming te herstellen. Dat is goed, maar begint bij zorgvuldige politieke besluitvorming over de wet zelf.

286949

Ook heel praktische, empirische kennis en ervaring kan benut worden bij afwegingen in de komende fase. Dat betekent concreet:

Geef burgers zelf een veel grotere rol in het monitoren van ziektesymptomen en in het doen van contactonderzoek. Hierin kunnen we leren van andere landen. Onder meer Duitsland, Australië en Canada hebben gekozen voor een vorm van 'citizen science' via een app van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze app maakt het mogelijk dat vrijwilligers snel en gericht contactonderzoek kunnen doen onder coördinatie en begeleiding van de GGD. Op deze manier levert 'empirische' kennis input voor politieke afwegingen over maatregelen. Ook in eigen land zijn goede initiatieven om burgers iets in handen te geven om zelf alert te kunnen zijn op symptomen, met daarbij aanwijzingen voor tijdig inschakelen van zorg.

Het verwelkomen van andere perspectieven, kennis en ervaringen draagt bij aan adaptief bestuur en mobiliseert betrokkenheid van burgers en organisaties bij besluitvorming. Dat is een belangrijke democratische basis voor de complexe afwegingen die nog voor ons liggen.

286949

Tot slot: Vertrouwen & veerkracht

Dit advies wil bijdragen aan meer ruimte voor maatwerk binnen algemene kaders. Dat is nodig in het belang van bredere afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven in tijden van corona. Juist nu het virus naar verwachting nog wel even onder ons blijft. Aan de hand van vier thema's heeft de Raad aanbevelingen gedaan over de vorm waarin en de voorwaarden waaronder dat maatwerk kan ontstaan. Daaronder liggen tot slot twee belangrijke pijlers: vertrouwen en veerkracht.

Ruimte voor maatwerk krijgt alleen de kans als er ook vertrouwen is dat burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers – elk vanuit hun eigen rol en context – gedeeld verantwoordelijkheidsbesef hebben. Dat ze niet alleen een eigen invulling kunnen geven aan algemene maatregelen, maar ook verantwoordelijkheid nemen voor de gevolgen daarvan. De belangrijkste opdracht aan de landelijke overheid is om de samenleving te helpen verantwoordelijkheid te nemen en om te gaan met de onzekerheden die horen bij het (samen)leven in tijden van corona. Daarbij past een manier van verantwoording afleggen die gebaseerd is op vertrouwen (vgl. *Blijk van vertrouwen* RVS 2019) – en dat is een welkome tegenkracht in tijden waarin angst gemakkelijk kan gaan regeren.

De veerkracht van onze samenleving blijkt keer op keer groot, zowel in de publieke en private sector als in de privésfeer. In deze crisis is daarop een groot beroep gedaan. In de tijd die voor ons ligt zal dat beroep alleen maar groeien. Immers, met een economische recessie in zicht en een oplopende staatsschuld zal de roep om bezuinigingen gaan klinken. Een belangrijke les uit de vorige crisis is dat het jarenlang met de kaasschaaf bezuinigen de vitaliteit van onze samenleving – en de publieke sector in het bijzonder – onder druk zet. Het leidt tot een toename van controles en procedures, smoort vernieuwing in de kiem en knaagt aan de waardering voor het werk dat wordt verricht. Dat staat in schril contrast met de vitaliteit en vernieuwingskracht van dit moment. Het zal grote evenwichtskunst vergen om te balanceren tussen financiële en solidaire overwegingen. Ook hier geldt dat maatwerk binnen algemene kaders nodig zal zijn: de kwetsbaarheid van veel mensen in de samenleving zal toenemen en meer dan ooit is het belangrijk om hen een passend perspectief te blijven bieden.

Ruimte bieden aan de veerkracht van onze samenleving betekent ten slotte dat het statische beeld van 'de anderhalvemetersamenleving' tekortschiet voor de fase die komt. De norm van afstand lijkt daarin absoluut te worden: statisch en uniform. Dat doet geen recht aan de complexiteit en onzekerheid van vandaag en morgen én zet afwegingen over wat van waarde is voor gezond, sociaal leven onder druk. Bovendien maakt het burgers, professionals en organisaties passieve uitvoerders van een centrale opdracht. Dat gaat ten koste van de vitaliteit en solidariteit in onze samenleving op lange termijn. Complexe afwegingen en creativiteit zijn steeds weer, en op alle niveaus nodig, om in de komende tijd tot goed (samen)leven te komen. Daarin is niet 'samen volhouden', maar 'samen doen' het devies: vanuit vertrouwen in de veerkracht én het verantwoordelijkheidsbesef van onze samenleving.

286949

Verantwoording & vervolg

De RVS pakt in het licht van de aanbevelingen van dit advies een aantal projecten met voorrang op:

De projecten 'De kunst van het innoveren' en 'Gezonde digitale leefomgeving' gaan vervroegd van start, om te beginnen met een gevraagd advies over zorg op afstand. Op korte termijn verschijnt bovendien het advies over regie op toegankelijke acute zorg. Ook het thema 'zorgen in een krappe arbeidsmarkt' wordt in het licht van de coronacrisis naar voren gehaald.

Het advies over het gesprek over de dood wordt met voorrang opgepakt, om een bijdrage te leveren aan ruimte voor afwegingen rond waardig sterven.

Het advies over de positie van mensen die permanent op het randje van bestaanszekerheid balanceren wordt met voorrang en in het licht van de erfenis van deze crisis opgepakt. Het advies *Herstel begint met een huis* (april 2020) vestigde reeds de aandacht op de risico's van bestaansonzekerheid en hoe die doorwerken in processen van sociale uitsluiting.

Hoe zijn we tot dit advies gekomen?
In de korte voorbereiding van dit advies hebben wij veel gesprekken gevoerd en informatie opgehaald uit wetenschap, beleid en praktijk. Hieronder geven we een beknopt overzicht. Via deze weg willen wij alle betrokkenen hartelijk danken voor hun waardevolle perspectieven, inzichten en suggesties. De RVS adviseert onafhankelijk. De gesprekken die we tijdens de voorbereiding van dit advies hebben gevoerd hebben dan ook niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan de inhoud van dit advies gecommitteerd.

Raadpleging 'In het Oog van de Storm'
De ervaringen van cliënten, mantelzorgers, professionals en bestuurders tijdens de coronacrisis vormen voor de Raad een belangrijk startpunt voor zijn advisering. Daarom hebben wij een online raadpleging 'In het Oog van de Storm' opgezet en verspreid binnen ons netwerk en via onze social media-kanalen. In de raadpleging vragen we naar ervaringen in de coronacrisis. Tot dusver reageerden 4684 mensen op onze digitale raadpleging. In een later stadium zullen wij de uitgebreide resultaten van deze raadpleging presenteren.

Expertise KennisRing en VeRS
De Raad heeft dankbaar gebruik gemaakt van de kennis en ervaringen van de leden van VeRS, het talentennetwerk van de RVS, en de KennisRing, het expertnetwerk van de RVS. Daarnaast zijn er met verschillende leden van deze netwerken verdiepende interviews gevoerd.

(10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur Raphaelstichting*
(10)(2e)	(10)(2e) *Bestuur en Beleid van de Gezondheidszorg EUR*
(10)(2e)	(10)(2e) *in opleiding HagaZiekenhuis*
(10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur WilgaerdenLeekerweideGroep*
(10)(2e)	(10)(2e) *Maatschappelijke Ontwikkeling Gemeente Utrecht*
(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *in Amsterdam*
(10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur Omring*
(10)(2e)	(10)(2e) *strategische allianties Gemeente Utrecht*
(10)(2e)	(10)(2e) *Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale EerstelijnsZorg Radboudumc*
(10)(2e)	(10)(2e)
(10)(2e)	(10)(2e) *Strategie en Innovatie VGZ*
(10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis*

Overige gesprekken met experts
Naast de gesprekken met de leden van de KennisRing en VeRS heeft de Raad gesproken met verschillende experts met uiteenlopende perspectieven:

(10)(2e) (10)(2e) *London School of Hygiene and Tropical Medicine*
(10)(2e) (10)(2e) *raad van advies Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) *Amsterdam UMC*
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) *Publieke Gezondheid Hollands Midden*
(10)(2e) (10)(2e) *Raad van Bestuur CZ*
(10)(2e) (10)(2e) *Besturen van Veiligheid Radboud Universiteit Nijmegen*
(10)(2e) (10)(2e) *Raad van Bestuur VGZ*
(10)(2e) (10)(2e) *GGD Amsterdam*
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) *infectiepreventie Radboud Universiteit Nijmegen*
(10)(2e) (10)(2e) *Wijkgezondheidscentrum Lindenholt Nijmegen*
(10)(2e) (10)(2e) *Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland*

Geraadpleegde bronnen
De Raad heeft gebruikt gemaakt van verschillende wetenschappelijke bronnen, artikelen en blogs in zijn advisering. De selectie van deze artikelen is gemaakt door de staf van de RVS. Daarnaast is gebruik gemaakt van literatuursuggesties van leden van de KennisRing en Vers. Onderstaande lijst geeft een overzicht van de belangrijkste bronnen die zijn gebruikt tijdens de totstandkoming van dit advies.

Wetenschappelijke literatuur

Ahmed, F., Ahmed, N.E., Pissarides, C. & Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Heatlh.*

Boin, A. & Lodge, M. (2016). Designing resilient institutions for transboundary crisis management. A time for public administration. *Public Administration*, 94 (2), 289-298.

Briscese, G., Lacetera, N., Macis, M., & Tonin, M. (2020). *Compliance with COVID-19 Social-Distancing Measures in Italy: The Role of Expectations and Duration* (No. w26916). National Bureau of Economic Research.

Carney, T., & Bennett, B. (2014). Framing pandemic management: New governance, science or culture?. *Health Sociology Review*, *23*(2), 136-147.

Galea, S., Merchant, R.M. & Lurie, N. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine.*

Horton, R. (2020). Offline: CoHERE—a call for a post-pandemic health strategy. *Lancet (London, England), 395(10232)*, 1242.

Lin, L., Savoia, E., Agboola, F. et al (2014). What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systemic review of the literature. *BMC Public Health* 14, 484.

Long, N. J. (2020). From social distancing to social containment: reimagining sociality for the coronavirus pandemic. *Medicine Anthropology Theory*

Uscher-Pines, L., Duggan, P.S., Garron, J.P., Karron, R. & Faden, R. (2007). Planning for an Influenza Pandemic: Social Justice and Disadvantaged Groups. *The Hastings Center Report*, 37(4), 32-39.

Reger, M.A., Stanley, I.H. & Joiner, T.E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 – A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. Online publicatie 10 april 2020.

Rhodes, T., Lancaster, K. & Rosengarten, M. (2020). A model society: maths, models and expertise in viral outbreaks, *Critical Public Health.*

Smith, M., & Upshur, R. (2019). Pandemic Disease, Public Health, and Ethics *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*

286949

Overige bronnen:

'Onderzoek is de hand aan de kraan' | *De Groene Amsterdammer* | *Jop de Vrieze* | *15 april 2020*

Doden in verpleeghuizen: zoek niet naar schuldigen, maar richt je op kwaliteit van leven | *NRC Handelsblad* | (10)(2e) | *14 april 2020*

Heiligt het doel de middelen? Filosoof Marli Huijer: 'Ik weet eigenlijk niet wat het doel is' | *De Volkskrant* | *Marli Huijer* | *8 april 2020*

'Het virus zou niet discrimineren en iedereen treffen. Niets blijkt minder waar' | *Knack* | *Saskia de Coster* | *16 april 2020*

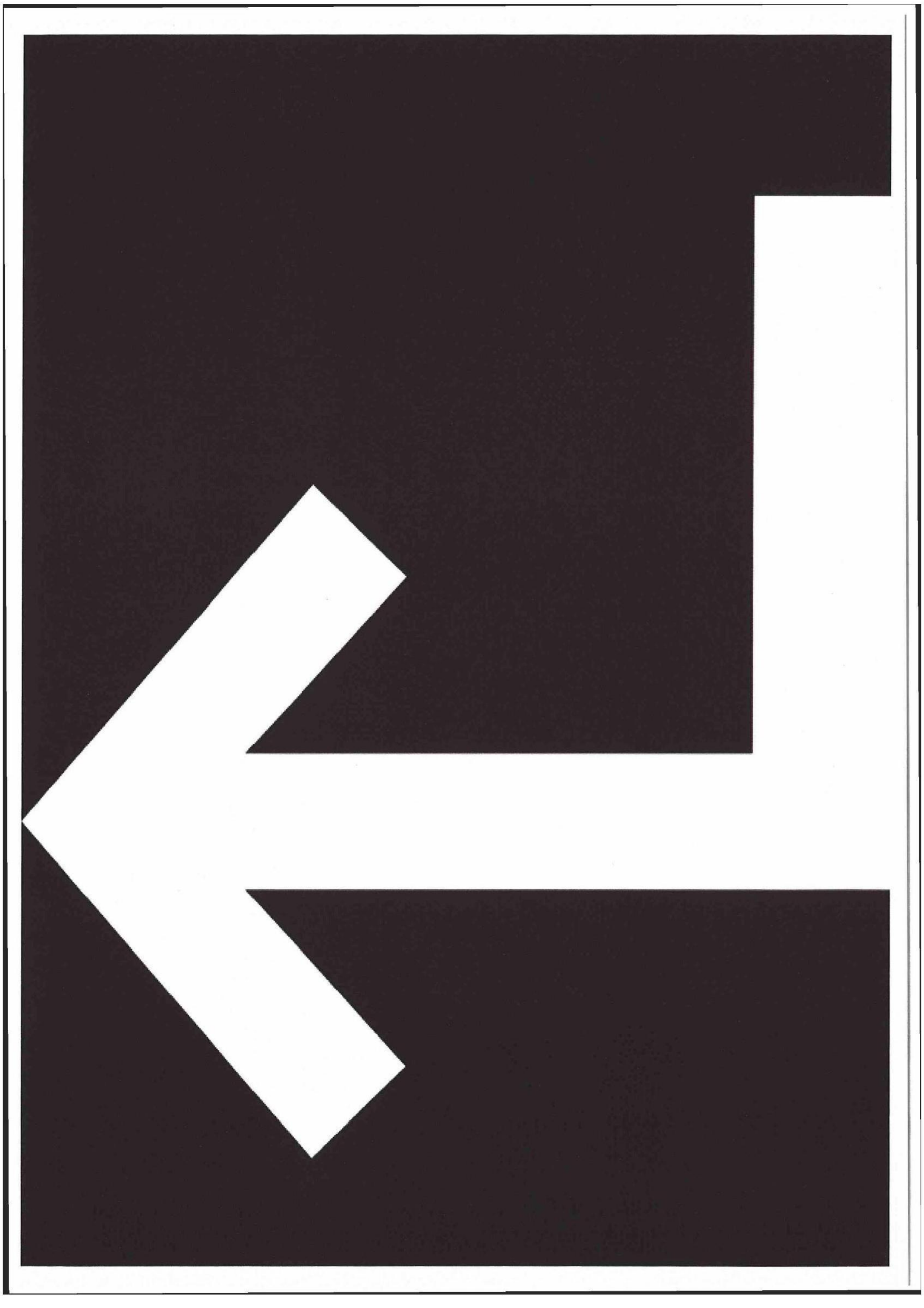
Kwetsbare mechaniekjes | *NRC Handelsblad* | *Ilja Leonard Pfeiffer* | *14 april 2020*

Yuval Noah Harari: the world after coronavirus | *Financial Times* | *Yuval Noah Harari* | *20 maart 2020*

Mettau, P. en Hulsenboom, Z. (red.) (2018). *Adaptief bestuur. Essays over adaptiviteit en openbaar bestuur.* Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken.

Voorbereiding
Dit advies is voorbereid door een commissie bestaande uit (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (raadsleden), Stannie Driessen (directeur) en Willemijn van der Zwaard, Jan-Luuk Hoff en Marina de Lint (adviseurs).

286949



286949

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 (10)(2e)

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

286951

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
1684744-204898-PG

Bijlage(n)
-

Uw kenmerk
2020Z07570

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 6 mei 2020
Betreft Commissiebrief Tweede Kamer inzake Verzoek om het stuk van (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) aan de Kamer te doen toekomen

Geachte voorzitter,

Op 29 april jl. verzocht u mij na te gaan of het mogelijk is om een stuk met u te delen van de hand van de (10)(2e) en (10)(2e) dat volgens een NOS-bericht van 27 april 2020[1] zou zijn besproken in het OMT. Ik heb over uw vraag overleg gehad met de voorzitter en secretaris van het OMT.

De taak van het Outbreak Management Team is om, gegeven de omstandigheden en op dat moment voorhanden zijnde kennis, het 'best mogelijke professionele advies' uit te brengen aan het Bestuurlijk Afstemming Overleg (BAO) van het ministerie van VWS.[2] Na overleg in het BAO word ik geadviseerd door de voorzitter van het BAO. De samenstelling en werkwijze van het OMT staan beschreven in de publieksfolder 'Landelijke Advisering bij Infectieziektedreiging en Crises', in te zien op de website van het RIVM.[3]
Het OMT bestaat uit 7 vaste leden: de voorzitter (de directeur Centrum Infectieziektebestrijding) en secretaris zijn in dienst bij het RIVM, de overige vaste leden vertegenwoordigen beroepsverenigingen van huisartsen en specialisten (NHG, NVMM, VIZ, AMT, LOI). Daaraan worden altijd deskundigen toegevoegd die wisselen afhankelijk van de problematiek en de agenda. In het geval van de meerdere COVID-19 OMT's betreft het telkens tussen de 10 en 20 experts, afkomstig van het RIVM en uit de wetenschap, de beroepsverenigingen en het medische en epidemiologische werkveld. Het OMT is een zogenoemde gemengde adviescommissie.

De beraadslagingen en dus ook de minutenverslagen van het OMT zijn vertrouwelijk en de leden van het OMT beloven deze onderlinge vertrouwelijkheid te respecteren. De reden hiervan is te bewaken dat in het OMT door de leden zonder terughoudendheid vanuit inhoudelijk perspectief gediscussieerd kan worden. Het gezamenlijk advies wordt ter correctie en accordering aan de leden rondgezonden voordat de voorzitter het aan het BAO aanbiedt. Indien geen consensus bereikt wordt, dan wordt het verschil aan inzichten weergegeven.

[1] https://nos.nl/artikel/2331889-verpleeghuizen-onder-de-loep-om-verspreiding-virus-na-te-gaan.html
[2] Instellingsbesluit Bestuurlijk Afstemmingsoverleg Infectieziektebestrijding van 29 november 2004, Stscrt. 2004 no 236.
[3] https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/20180704%20Brochure%20landelijke%20advisering%20bij%20infectieziekte%20dreigingen%20en%20-crises%20v2018def.pdf

286951

Het concept-stuk dat door de leden (10)(2e) en (10)(2e) voor discussie in het OMT werd ingebracht valt derhalve onder deze vertrouwelijkheid. Navraag leerde mij dat het onder aanname van vertrouwelijkheid in het OMT is ingebracht en het nooit de bedoeling is geweest van de opstellers dat dit concept-stuk buiten de kring van het OMT bekend gemaakt zou worden. De voorzitter en de leden hechten er aan dit ook zo te houden. Ik wil dat standpunt respecteren.

Ik moet u derhalve berichten dat de inhoud van het door u gevraagde stuk niet met de Kamer gedeeld kan worden. Ik vertrouw erop met bovengenoemde uitleg begrip kunt hebben voor het standpunt van de voorzitter en de leden van het OMT.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

(10)(2e)

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Het Outbreak Management Team
t.a.v. (10)(2e)

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1684250-204864-PG

Uw brief

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum	1 mei 2020
Betreft	OMT adviesaanvraag

Geachte (10)(2e)

Op 20 april jl. ontving ik van u het advies naar aanleiding van het 65e OMT COVID-19. Hierin schetste u de situatie en adviseerde u over de transitiestrategie, met in achtneming van de drie pijlers die het kabinet heeft benoemd, namelijk:

•een acceptabele belastbaarheid van de zorg; ziekenhuizen moeten goede zorg aan zowel COVID-19-patiënten als aan patiënten binnen de reguliere zorg kunnen leveren; de nu uitgestelde, planbare zorg moet op korte termijn weerkunnen worden opgestart;
•het beschermen van kwetsbare mensen in de samenleving;
•het zicht houden op en het inzicht hebben in de ontwikkeling van de verspreiding van het virus; hieronder versta ik ook het verder opschalen van bron-en contactonderzoek.

Ondanks alle onzekerheden die er zijn, was de inschatting van het OMT dat het risico voor de volksgezondheid van een voorzichtige versoepeling van maatregelen op het gebied van onderwijs en sport voor jeugd beheersbaar is.

Zoals gemeld in de Kamerbrief van 21 april heeft het kabinet mede naar aanleiding van het 65e OMT advies en het gehouden Bestuurlijk Afstemmingsoverleg besloten om het primair onderwijs en de kinderopvang vanaf 11 mei (gedeeltelijk) weer te openen, het voortgezet onderwijs te vragen om zich voor te bereiden op heropening vanaf 1 juni, buiten sporten voor jeugd tot 18 jaar vanaf 29 juni weer toe te staan en ook topsporters mogen weer trainen. Dit alles onder strikte voorwaarden qua hygiëne en anderhalve meter afstand voor 12 jarigen en ouder. Alle andere maatregelen blijven van kracht.
Daarbij gaat het RIVM in kaart brengen wat de effecten van het versoepelen van deze maatregelen zijn en betrekt hierbij ook de ervaringen uit andere landen.

Inmiddels worden in de maatschappij volop voorbereidingen getroffen om - met handhaving van de social distancing maatregelen en hygiëne-voorschriften – weer te kunnen starten met economische en sociale activiteiten, in afwachting van het opheffen van maatregelen. Het volhouden van maatregelen vergt steeds meer van de maatschappij. Ook wordt steeds meer duidelijk welke andere, negatieve

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

gevolgen er ontstaan door de maatregelen zoals eenzaamheid en effecten op het welbevinden.

Een groot aandachtspunt voor het kabinet is spreiding van druk op de openbare ruimte en het openbaar vervoer.

Vragen aan het OMT

I Contactberoepen en overige beroepen
In mijn adviesaanvraag van 17 april 2020 heb ik gevraagd naar het effect van het terugdraaien van het verbod tot het uitoefenen van de contactberoepen en welke uitgangspunten hierbij in acht moeten worden genomen. Daarbij heb ik gevraagd of dit voor alle contactberoepen tegelijk kan of dat hierin, gelet op de aantallen, een volgorde moet worden gehanteerd.
In het laatste OMT-advies geeft u aan dat er nog geen consensus was binnen het OMT over de vraag of het verantwoord is om het verbod op contactberoepen op te heffen. Het vraagstuk, waarbij onduidelijkheid bestaat over de rol van presymptomatische besmetting, is verkend in een afwegingskader dat is opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids-en Bedrijfsgeneeskunde en zal worden besproken op het OMT van 4 mei. Ik zie uit naar uw advies hierover.

In aanvulling hierop vraag ik u om een soortgelijk afwegingskader op te stellen op basis waarvan overige beroepen een protocol op kunnen stellen. Voor overige beroepen zal dit anders van aard zijn. Dit biedt voor de opstellers houvast voor het opnemen van hygiëne-voorschriften, anderhalve meter aspecten en gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en desinfectantia.

II Testbeleid, bron- en contactopsporing en monitoringsprogramma
Om het virus bestendig op een laag peil te houden, en de periode tot vaccinontwikkeling te overbruggen, zal het testbeleid worden uitgebreid zodat vanaf begin juni iedereen met klachten zich kan laten testen. Het is belangrijk dit te combineren met een stevige impuls van het bron- en contact onderzoek, ondersteund door digitale mogelijkheden en een stevige surveillance om snel in te kunnen grijpen bij uitbraken en brandhaarden. Het OMT heeft hier ook al een aantal aanbevelingen over gedaan. Kunt u vanuit dat licht nogmaals reflecteren op dit beleid dat in de bijlage 1 is samengevat?

In het vorige OMT-advies is opgenomen dat er een stringent monitoringsprogramma dient te komen om de effecten van de versoepelde maatregelen te controleren. Zicht op en inzicht in de verspreiding van SARS-CoV-2 is essentieel. Gezien het grote belang om een toename van COVID-19 te voorkomen, en de onzekerheid is aanvullende monitoring (surveillance), gericht op het vroegtijdig opsporen van infecties van groot belang. Kan het OMT een voorstel doen voor een dergelijk monitoringsprogramma, in samenhang met een uitgebreid en intensief testbeleid en uitbreiding van bron-en contactopsporing?

III Gebruik van mondkapjes
In het verlengde van de vraag over contactberoepen staat ook de vraag nog open over het gebruik van mondkapjes. Ik heb de vraag neergelegd in hoeverre het gebruik van mondkapjes een plek kan krijgen in de exit strategie. Het gaat met name om situaties waarbij het bewaren van de 1,5 m. afstand moeilijk is. Gedacht kan worden aan het openbaar vervoer.

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Maakt het hierbij nog verschil of gebruik wordt gemaakt van het type mondmaskers dat in andere landen door burgers op straat wordt gedragen, of de maskers zoals de chirurgische maskers die worden gebruikt in de zorg? Kan het OMT ook meenemen dat niet voor de zorg goedgekeurde mondkapjes eventueel buiten de zorg gebruikt kunnen worden?

Tegelijk zien we dat landen om ons heen mondkapjes voor in de publieke ruimte steeds vaker voorschrijven. Dit zijn geen mondkapjes vergelijkbaar met zoals in de zorg worden gebruikt, maar makkelijk (zelf) te maken stoffen exemplaren. Dit doet iets met de beeldvorming over mondkapjes en heeft ook een effect op de compliance aan social distancing maatregelen. Ik heb hierover parallel aan dit OMT-advies ook advies gevraagd aan gedragsdeskundigen.

IV Kwetsbare groepen
In het 65e OMT advies is gemeld dat momenteel aanvullend beleid wordt uitgewerkt om de risico's van introductie en verspreiding van het virus in verpleeghuizen te beperken en de bezoekregeling eventueel te verruimen. Een voorstel hiervoor is samen met de sector in de maak. We vragen het OMT dit voorstel op de risico's voor de volksgezondheid te toetsen. Het plan wordt nagezonden

Daarnaast heeft het OMT als actiepunt bij het academisch netwerk ouderenzorg neergelegd om onderzoek te doen naar besmettingsgraad, transmissie en clustering in verpleeghuizen. Kan het OMT een update geven van de stand van zaken?

V OV en mobiliteit
Conform het kabinetsbesluit van 21 april jl. is het onderwijs zich aan het voorbereiden om weer open te gaan, onder voorwaarde dat de anderhalve meter maatregel in acht genomen kan worden. Dit brengt een aantal specifieke vragen met zich mee in relatie tot openbaar vervoer en mobiliteit. Deze zijn opgenomen in de bijlage.

VI Vergroten publieke ruimte

Het kabinet houdt een open oog voor wat er speelt in de maatschappij en bekijkt stap voor stap wat er mogelijk is aan vergroting van de bewegingsmogelijkheden in de publieke ruimte. Hierbij wil het kabinet verkennen of sectoren met een lokale impact, een grote sociaal en/of economische belang en kleine kans op samenscholing, versoepeld kunnen worden.

Is het verantwoord de onderstaande sectoren per 11 mei open te stellen en onder welke condities. Welke uitgangspunten moeten hierbij worden gehanteerd, gegeven de ontwikkelingen van dit moment, zoals de winkels die zelf hebben besloten weer open te gaan:
- Non-contactsporten (voor alle leeftijdsgroepen)
- Opticiens & audiciens
- Contactberoepen: (Para) medisch (diëtist, ergotherapeut, tandprotheticus, enz.)
- Contactberoepen: uiterlijke verzorging (kapper, schoonheidsspecialist, pedicure, enz.)
- Contactberoepen: alternatieve geneeswijze (masseur, acupuncturist, homeopaat, enz.)

- Contactberoepen: Rijinstructeurs
- Bibliotheken
- Sportmaatregel voor groep tot en met 18 jaar, verlengen tot en met 23 jaar, inclusief het uitbreiden van de versoepeling ten aanzien van sport en bewegen tot en met 18 jaar naar buitenactiviteiten van jeugd- en cultuurverenigingen zoals de scouting.

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

(10)(2e) Volksgezondheid,

(10)(2e) (10)(2e)

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bijlage 1: Zicht op en inzicht in verspreiding

Een belangrijk doel in de controlefase is de circulatie van het virus op een bestendig laag peil te houden. Gelet op de aard van het virus is een uitgebreid test- en surveillancesysteem noodzakelijk:

- Het testbeleid wordt verder verruimd: naast kwetsbaren, zorgmedewerkers, politie- en justitiepersoneel (na incidenten), leerkrachten en medewerkers uit de kinderopvang (vanaf 6 mei) worden ook mantelzorgers getest (vanaf 18 mei). Voor alle groepen geldt: alleen met klachten en na triage van een arts. We breiden het testbeleid stapsgewijs verder uit, zodanig dat vanaf begin juni iedereen met klachten laagdrempelig mag worden getest. Thuisblijven bij klachten hoeft alleen zolang nog niet vaststaat dat er sprake is van Covid-19. Zodra vaststaat dat de klachten niet Covid-19-gerelateerd zijn, kan de persoon weer aan het werk/deelnemen aan het sociaal leven (met behoud van de 1,5m afstandsregel en hygiënemaatregelen).

- Uitbreiding van het testbeleid leidt tot een fors verhoogde vraag naar dagelijkse testen, welke moet kunnen worden opgevangen door optimaal benutten van de huidige laboratoriumcapaciteit. Omdat het aantal luchtweginfecties in de wintermaanden meer dan verdubbelt, is bovendien een forse opschalingscapaciteit nodig. Daarnaast vraagt het om optimalisering van de inkoop van testmaterialen. Daarnaast is forse opschaling van de monsterafname door GGD'en en mogelijk andere instanties nodig. Mocht blijken dat het niet mogelijk is om, bv. in de wintermaanden, iedereen met klachten te testen, zal er geposterioriteerd moeten worden, Daar zal een strategie voor nodig zijn.

- Het testen wordt opgevolgd door intensief bron- en contactonderzoek, dat zo snel en zo compleet als mogelijk wordt gedaan. Mensen die in contact zijn geweest met iemand die besmet is, krijgen een handelingsadvies: zonder klachten zo mogelijk tot 2 weken na het mogelijk besmette contact thuis blijven, bij klachten thuisblijven en laten testen. Om zo snel en zo compleet mogelijk te kunnen zijn bij bron- en contactonderzoek zijn digitale oplossingen van grote toegevoegde waarde, zowel voor het contactonderzoek zelf als voor de opvolging van de adviezen. Het gebruik van digitale toepassingen is vrijwillig en de privacy mag niet in het geding zijn. Dit leidt tot een uitbreiding van de personele capaciteit van de GGD'en.

- Serologische strategie. Momenteel is het serologisch onderzoek gericht op het vergaren van kennis en inzicht, niet op individueel testen op immuniteit. Er is inzicht nodig in de verspreiding van het virus onder de bevolking als geheel, en onder bepaalde subgroepen in de zorg en andere doelgroepen zoals mantelzorgers en leraren. Door opbouw van de kennis hierover, en het voortgaand onderzoek naar de relatie tussen het hebben van antistoffen en bescherming tegen herbesmetting met het virus, kan op termijn mogelijk worden besloten over de inzet van individueel testen op immuniteit en ook over het verbinden van gevolgen daaraan voor iemands inzetbaarheid,

bijvoorbeeld in de zorg. Voor veel luchtweginfecties blijft de kans op herbesmetting over het algemeen aanwezig, maar kunnen symptomen wel minder ernstig worden. We ondersteunen dit onderzoek (o.m. met verstrekken van relevante tests) dus ook intensief. De uitkomsten van serologisch onderzoek op individueel niveau kunnen in een latere fase ook worden betrokken bij de vaccinatiestrategie.

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

- De huidige COVID-19 surveillance is uitgebreid en fijnmazig en gebaseerd op de meldplicht, de NIVEL peilstations en syndroomsurveillance, de sterfte monitoring, de monitoring van bezetting IC capaciteit, de virologische dagstaten en de infectieradar. Dit zal nog verder versterkt worden door beter inzicht van besmettingen in instellingen, het incorporeren van de gegevens die door huisartsen verzameld worden, het onderzoek van rioolwater, het uitbreiden van peilstations en het toevoegen van serologische surveillance. De huisartsen ontwikkelen de COVID-19 datacoalitie: huisartsen kunnen een korte vragenlijst invullen voor alle patiënten met een verdenking op COVID-19 ziekte. Dit helpt om meer informatie te verzamelen over patiënten die een hoger risico hebben op een ernstig verloop van COVID-19. De COVID-19 datacoalitie stelt de data beschikbaar aan het RIVM. Daarnaast kunnen huisartsen via ZorgDomein sterfte aan en palliatieve zorg voor verdachte en bewezen COVID-19 ziekte registreren. Ook deze gegevens komen beschikbaar voor het RIVM.
- Daarnaast zal de monitoring uitgebreid worden met instrumenten specifiek gericht op het vroegtijdig detecteren van effecten op de verspreiding van SARS-CoV-2 bij groepen die betrokken zijn bij het versoepelen van maatregelen. Steekproefsgewijs moet in zorginstellingen en scholen breed worden getest. Dit kan helpen om te bepalen welke gevolgen het loslaten van maatregelen heeft.

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bijlage 2: Ad IV OV en mobiliteit

1. Welke modaliteiten zijn denkbaar voor het vervoer van leerlingen en studenten?
2. Specifieker:
    a. We gaan ervan uit dat voor het basisonderwijs veel aan- en afvoer per fiets gebeurt. Belangrijk is om meer zicht te krijgen hoe het risicoprofiel van een fietser wordt ingeschat. Moeten er extra maatregelen genomen worden in het reguliere fietsverkeer ten aanzien van het op afstand houden, (zeer) drukke kruispunten, fietsenstallingen etc.? We gaan er daarbij van uit dat de fiets veiliger is qua aan- en afvoer is (gezien contactmomenten en nabijheid) en dat we daar maximaal op kunnen stimuleren (van OV naar fiets). Is dat een juiste aanname?
    b. Er zal gewerkt worden aan een last-mile-protocol voor fiets in samenwerking met regio's en scholen. Zijn er dan nog bijzondere aandachtspunten dan wel hygiëne-maatregelen noodzakelijk?
    c. Met betrekking tot het OV en streekvervoer is de 1,5 meter-inrichting een complexe uitdaging. De capaciteit zal bij 1,5 meter zeer beperkt zijn. Er zal wel gewerkt worden met aparte in- en uitstapplekken en routering. Is het denkbaar om conform de taxi-werkwijze te werken met indelingen van linksvoor- rechtsachter en is dit voldoende afstand?
        i. Is het een optie om de capaciteit te vergroten om te werken met afschermende maatregelen? (plexiglas schermen)
        ii. Is voor het personeel in het OV noodzakelijk om te werken met beschermende maatregelen dan wel extra hygiene maatregelen?

    Is er conform het uitgangspunt voor scholen ook een testregime nodig voor OV medewerkers? En zo ja wat zijn de aandachtspunten.

    d. Moeten er voor leerlingen die met het openbaar vervoer naar school gaan nog aanvullende maatregelen worden getroffen? Wat zijn hiervan de effecten?
    e. Hoe organiseert de gemeente het leerlingvervoer voor kinderen in het speciaal onderwijs? Hoeveel kinderen mogen er in een bus, gegeven de beperkingen en behoeften van deze leerlingen? Is er nog een verschil in risico tav collectief leerlingenvervoer in de leeftijdsgrens tot 12 jaar of 12 jaar en ouder?
    f. Kan er voor de auto/OV van uitgegaan worden dat kinderen tot een bepaalde leeftijd wel samen kunnen reizen ongeacht of ze familie zijn (denk aan sport bezoek)?
    g. Is het nodig om bepaalde doelgroepen of risicogroepen uit te sluiten van het OV? Of andere modaliteiten (denk aan 65+-kaart in OV).
    h. Zijn deelconcepten van vervoer nog mogelijk met extra hygiënemaatregelen of is dit te risicovol (deelfietsen, deelscooters, deelauto's)?

286956

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

(10)(2e)
Nederland

Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e)

T (070) (10)(2e)
M (31) (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Kenmerk
1685823-204955-PG

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum
Betreft Corona

Geachte (10)(2e) en (10)(2e),

Uw brief van 26 maart hebben wij in goede orde ontvangen. Wij proberen alle brieven zo snel mogelijk te beantwoorden. Wegens de grote drukte duurt het op dit moment helaas langer dan gebruikelijk.

In uw brief vraagt u ons om een grootschalige toepassing toe te staan van nevelmachines in de openbare ruimte en u daarvoor een vrijstelling te verlenen voor het gebruik van OxgDes 12381N. OxgDes 12381N is een middel op basis van waterstofperoxide en perazijnzuur. U wilt met de nevelmachines alle openbare ruimtes reinigen en zo het coronavirus verwijderen.

Ik dank u heel hartelijk voor uw aanbod, maar op dit moment zullen wij hier geen gebruik van maken. Wij volgen de adviezen van het RIVM en het Outbreak Management Team en het grootschalig reinigen van de openbare ruimtes wordt op dit moment niet geadviseerd.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

(10)(2e) Publieke Gezondheid

(10)(2e) (10)(2e). (10)(2e)

286957

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Minister MZS

Deadline: 12-05-2020

Directie Sport

Ontworpen door
(10)(2e)
(10)(2e)

T (070)- (10)(2e)
M (31)-6 (10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum document

Kenmerk
1686276-205010-S

Bijlage(n)
2

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft	Informatie ter voorbereiding overleg NL Aktief en Platform Ondernemende Sportaanbieders (POS)
1Vergaderdatum en tijd	Dinsdag 12 mei van 14.30 tot 15.30
Vergaderplaats	Videocall

Paraaf directeur

1 Aanleiding en doel overleg

Net als vele andere sectoren wordt de sport hard geraakt door de gevolgen van de maatregelen om de verspreiding van het coronavirus Covid-19 tegen te gaan. In de persconferentie van 6 mei jl. heeft het kabinet een aantal maatregelen versoepeld. Zo mag per 11 mei weer buiten gesport worden door de jeugd en door volwassenen. Sportscholen en fitnesscentra blijven gesloten tot 1 september 2020 en ook binnensporten zijn tot 1 september niet toegestaan.

Dit is hard aangekomen bij de ondernemende sportaanbieders. Zij ervaren een ongelijk speelveld in vergelijking tot de sportverenigingen, terwijl zij een belangrijk onderdeel uitmaken van de sportinfrastructuur. Om die reden vindt een gesprek plaats met het Platform voor Ondernemende Sportaanbieders (POS) en NLAktief (branchevereniging voor ondernemers in de fitnessbranche).

Doel van het gesprek is uw betrokkenheid te tonen, aan te geven dat u graag verkent of het mogelijk zou zijn en onder welke voorwaarden om maatregelen eerder te versoepelen en toe te zeggen met de minister van EZK in gesprek te gaan om de fitnessbranche mee te laten lopen in het tweede steunpakket dat op dit moment in ontwikkeling is.

286957

Directie Sport

Kenmerk
1686276-205010-S

2 Deelnemers overleg

Het eerste half uur vindt plaats met het Platform Ondernemende Sportaanbieders (POS). De volgende partijen vallen onder de POS: Nederlandse Vereniging voor Golfaccommodaties (NVG), Federatie van Nederlandse Ruitersportcentra (FNRS), Vereniging van Buitensport Ondernemingen (VeBON), Sportfondsen Nederland, Dansscholen, de brancheverenging voor ondernemers in de fitnessbranche (NL Aktief).
Aanwezigen POS:
- (10)(2e) WIZZ zwembaden
- (10)(2e) Skateboardfederatie
- (10)(2e), squashbond
- (10)(2e) Dansbelang
- (10)(2e), Klimhallen
- (1 (10)(2e) - FNRS Paardensport
- (10)(2e) - NVG Golfbanen & POS

Het tweede half uur zal plaatsvinden met NL Aktief.
Aanwezigen: (10)(2e) (10)(2e)), (10)(2e) ((10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e).

Vanuit de directie Sport zullen (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) aanwezig zijn.

3 Te bespreken punten

In het eerste half uur zal de POS met u willen kennismaken.
1. U kunt partijen vragen hoe het hen vergaat in de coronatijd
2. In hoeverre zij uit de voeten kunnen met het rijksbrede steunpakket
3. En of het hen lukt om weer open te gaan voor de jeugd en de volwassenen

In het tweede half uur wil NL Aktief de volgende punten met u bespreken:

1. Argumenten waarom de sportscholen en fitnesscentra nog niet open mogen, terwijl ze al een protocol hebben klaarliggen dat voldoet aan de 1,5 meter richtlijn;

2. NL Aktief zal claimen (hiervoor hebben zij reeds de media opgezocht), dat er iets is misgegaan in de communicatie over de fitnessbranche m.b.t. protocol verantwoord heropening sportscholen. Volgens NL Aktief zou het protocol al 'enkele weken' geleden bij het ministerie zijn ingediend én goedgekeurd. Door een fout zou dit niet bij het OMT bekend zijn geweest, waardoor branche nu pas op zijn vroegst 1 september aan de beurt is;

3. Druk op u uitoefenen om de datum van 1 september los te laten en de sportscholen eerder open te laten gaan;

4. Zij ervaren bovendien een ongelijk speelveld tussen de sportverenigingen en de ondernemende sportaanbieders. Dat wordt nog eens bevestigd door het feit dat er wel een steunpakket ontwikkeld is voor de ondernemende sportverenigingen en niet voor de ondernemende sportaanbieders;

286957

5. Verzoek om mee te lopen in het steunpakket van het ministerie van EZK dat in de maak is.

4 Advies en toelichting

1. Argumenten waarom fitness niet open mag:

- Omdat het momenteel nog te onduidelijk is hoe het zit met de aerosolen die vrijkomen tijdens het sporten;
- Ook is nog niet geheel duidelijk of mensen deze aerosolen ook al verspreiden als ze besmet zijn maar geen klachten hebben;
- Deze twee onzekerheden maken het nog te risicovol om binnen sporten toe te staan. Dat geldt voor alle binnensporten en zo ook voor fitnessen;
- Echter weet ik ook hoeveel Nederlanders zich in de sportschool fit houden en hoe belangrijk dat is;
- En inderdaad de fitnessbranche heeft al een goed protocol klaarliggen waarin rekening is gehouden met alle spelregels;
- Met hen en met het RIVM bekijk ik dan ook graag wanneer we verwachten dat we meer duidelijkheid hebben over de aerosolen en hoe we de fitness gecontroleerd weer kunnen opstarten;
- In het debat van 7 mei heeft u aangegeven te willen verkennen of eerdere opening dan 1 september mogelijk is;
- Op basis van veel vragen en onduidelijkheden rondom het onderwerp aerosoltransmissie heeft het RIVM een literatuurstudie uitgevoerd, om te kijken wat er al bekend is over aerosolen. Hierbij zijn ook buitenlandse onderzoeken meegenomen. De resultaten hiervan worden dinsdag 12 mei besproken in het responseteam op het RIVM en vrijdag in het OMT.

2. Proces protocol fitnessbranche

- NL Aktief heeft op 16 april het protocol ingediend bij EZK;
- Vervolgens is het fitnessprotocol langs de checklist van de interdepartementale werkgroep gelegd, waarbij de directie Sport is gevraagd aandachtspunten mee te geven. Dit betreft geen formeel advies. Het is de verantwoordelijkheid van iedere branche zelf om een protocol te ontwikkelen dat recht doet aan de maatregelen die het kabinet genomen heeft en voldoet aan de hygiëne richtlijnen van het RIVM. VWS voorziet een dergelijk protocol van commentaar/advies zodat een verbeterd protocol met de achterban gedeeld kan worden;
- VWS heeft op 7 mei het fitnessprotocol ontvangen van de interdepartementale werkgroep en deze naar NL Aktief verstuurd. NB. Of het RIVM zelf daadwerkelijk naar het advies heeft gekeken is onduidelijk en staat nog uit bij PG/RIVM;
- Een goed werkend protocol betekent niet dat een sector open kan. Dat besluit wordt genomen door het kabinet op advies van het OMT. Het OMT kijkt daarbij welke maatregelen versoepeld kunnen worden c.q. welke branches open kunnen omdat daar een gering risico op besmetting bestaat. Pas als dat besluit genomen is, dient er een protocol te liggen waarlangs gewerkt wordt.

3. Mogelijkheid om fitnessbranche eerder open te stellen

- Inderdaad heeft de fitnessbranche al een goed protocol klaarliggen waarin rekening is gehouden met alle spelregels;
- In het debat van 7 mei heeft u aangegeven te willen verkennen of eerdere opening dan 1 september mogelijk is. U bent bereid om samen met het

286957

RIVM te kijken wanneer meer duidelijkheid is over de aerosolen. En hoe vervolgens de fitness gecontroleerd weer opgestart kan worden.

4. *Steunpakket sportverenigingen*

- Net als vele andere sectoren wordt de sport hard geraakt door de gevolgen van de maatregelen om de verspreiding van het coronavirus Covid-19 tegen te gaan. Competities zijn vroegtijdig beëindigd, clubhuizen en kantines zijn gesloten en sporters boven de 18 jaar kunnen niet trainen op de club. Dit heeft een grote sportieve, organisatorische en financiële impact op de sportsector;
- Tegelijkertijd zien we de dragende kracht die de sport voor de samenleving heeft, nu sportverenigingen weer open zijn gegaan voor de jeugd tot en met 18 jaar en ook voor de niet-leden. In nagenoeg alle gemeenten zijn trainingen weer opgestart en worden activiteiten bij de clubs en op de courts voor de jeugd georganiseerd. Dit onderstreept de kracht en de betekenis die onze unieke sportinfrastructuur heeft. De continuïteit van
die infrastructuur als gevolg van de corona maatregelen staan ook onder druk;
- Om ervoor te zorgen dat sportclubs hun belangrijke dragende rol in de Nederlandse samenleving kunnen vervullen *en* omdat de rijksbrede regelingen voor sportverenigingen niet toereikend zijn is het steunpakket voor hen ontwikkeld.

Rijksbrede steunpakket niet toereikend voor sportverenigingen

- Sportverenigingen, die de accommodatie niet huren maar zelf (gedeeltelijk) in bezit hebben te maken met vaste lasten terwijl hun inkomsten dalen. Veel van deze verenigingen zijn te klein om in aanmerking te komen voor de rijksbrede regelingen, terwijl het kabinet juist op hen een beroep doet om bij te dragen aan het weer opstarten van Nederland;
- Sportverenigingen beschikken bovendien gezien hun aard niet over grote reserves, terwijl er van hen nu juist iets extra's gevraagd wordt. Voor die sportverenigingen met een eigen accommodatie die geconfronteerd worden met een omzetverlies van minimaal 20%, kan een bijdrage gevraagd worden van € 2.500 per vereniging. Zo kunnen zij na 6 weken van sluiting, hun trainingen aan de jeugd hervatten en activiteiten ontplooien voor niet-leden. In totaal komen hiervoor circa 7.500 verenigingen (20 mln) in aanmerking;
- De ondernemende sportaanbieders hebben gebruik kunnen maken van het eerste steunpakket van het ministerie van EZK. Net als andere werkgevers met medewerkers in loondienst hebben fitnessondernemers gebruik kunnen maken van de Tijdelijke Noodmaatregel Overbrugging voor Werkbehoud (NOW). Daarnaast zijn in de fitnessbranche ook veel zelfstandig ondernemers actief. Deze komt in aanmerking voor de Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers (Tozo).

286957

2. *Steunpakket EZK*

Ik adviseer u toe te zeggen dat u zich hard gaat maken om de fitnessbranche mee te laten lopen in het steunpakket van EZK dat op dit moment in ontwikkeling is. En dat u met de minister van EZK hierover in gesprek gaat.

Achtergrond:

De ondernemende sportaanbieders zijn met 4000 sport- en beweeglocaties en 3,2 miljoen sportende mensen een belangrijk onderdeel van de Nederlandse sportinfrastructuur. Daarnaast is NL Aktief een belangrijke partner van het lopende beleidskader Sport, dat in het Sportakkoord uitvoering krijgt.

De directie Sport is afgelopen periode intensief in gesprek geweest met NL Aktief en heeft zijn betrokkenheid getoond. Zij hebben de publiciteit al opgezocht. Veel ondernemers dreigen failliet te gaan. Risico is dat indien er geen (uitzicht op) financiële steun komt, dat veel fitnessondernemers ongehoorzaam gedrag zullen vertonen en ondanks de maatregelen toch hun deuren zullen openen voor 1 september.

(10)(2e)
(10)(2e)

286958

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Deadline: 06-05-2020

Directie Publieke Gezondheid

Ontworpen door
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

T
M (31)-6 (10)(2e)

Datum
30 April 2020

Kenmerk
1684743-204898-PG

Zaaknummer
204898

Bijlage(n)
1

Afschrift aan

Uw kenmerk
2020Z07570

nota

(ter beslissing) Verzoek om het stuk van (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) aan de Kamer te doen toekomen

1 Aanleiding voor deze nota

Een commissiebrief dd 29 april jl. met het verzoek om een stuk van (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e), dat in het OMT zou zijn besproken volgens een NOS-bericht d.d. 27 april 2020, met de Kamer te delen.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

Ik adviseer u akkoord te gaan met bijgaande Kamerbrief, zodat deze kan worden verzonden.

De Commissie verzoekt om uw schriftelijke reactie op uiterlijk donderdag 7 mei.

3 Samenvatting en conclusies

In de brief geeft u aan het verzoek van de Kamer niet te honoreren omdat het onder aanname van vertrouwelijkheid in het OMT is ingebracht en het nooit de bedoeling is geweest van de opstellers dat dit concept-stuk buiten de kring van het OMT bekend gemaakt zou worden. De voorzitter en de leden van het OMT hechten er aan dit ook zo te houden, u respecteert dit.
Voor nadere toelichting verwijs ik u naar de inhoud van de brief.

4 Draagvlak politiek

De Kamer wil graag zo veel mogelijk inzicht in de bespreking in het OMT, maar geeft in de commissiebrief zelf ook al ‘dat zij zich rekenschap geeft van de eigenstandige positie en de noodzaak tot vertrouwelijke beraadslaging van het OMT’.

5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

6 Financiële en personele gevolgen

7 Juridische aspecten en haalbaarheid

8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

De brief is afgestemd met het RIVM.

Directie Publieke Gezondheid

Kenmerk
1684743-204898-PG

(10)(2e) e)
(10)(2e)

De heer (10)(2e) (10)(2e),
(10)(2e) VNG
Nassaulaan 12
2514 JS DEN HAAG

VOLKSGEZONDHEID
WELZIJN EN SPORT
13 MEI 2020
SCANPLAZA

Betreft: coördinerende rol van gemeenten bij inzet bezoekers ouderen tijdens COVID-19 periode

12 mei 2020

Geachte heer (10)(2e)

Mede ingegeven door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Alzheimer Nederland en de seniorenverenigingen heeft de rijksoverheid de coronamaatregel: *Ga niet op bezoek bij mensen van 70 jaar of ouderen met een kwetsbare gezondheid* vanaf 29 april gewijzigd in: *Wijs bij zelfstandig wonende kwetsbare ouderen (70-plussers), die geen (mantel)zorg of ondersteuning ontvangen, één of twee vaste personen aan die de oudere met enige regelmaat blijven bezoeken. Houd 1,5 meter afstand van elkaar. Ga zeker niet op bezoek als u verkoudheidsklachten hebt.*

Wij zijn blij met deze enigszins versoepelde maatregel, maar om de mogelijkheden daarvan ten volle te benutten voor zelfstandig wonende kwetsbare ouderen met een klein netwerk, is wel regie nodig en wij verzoeken de gemeenten met klem om deze rol op zich te nemen.
Onze organisaties beschikken in het hele land over vele vrijwilligers die als vaste persoon andere ouderen met enige regelmaat zouden willen bezoeken. Ongetwijfeld zijn er ook andere lokale vrijwilligersorganisaties die een steentje willen bijdragen. Maar wij achten een zekere coördinatie door de gemeente nodig, teneinde te voorkomen dat ouderen helemaal niet gebeld worden of juist door een veelheid van organisaties (woningcoöperaties, welzijnsinstellingen, zorgverzekeraars, seniorenverenigingen, vrijwilligersorganisaties, etc.). Het past binnen de gemeentelijke taakstelling op het gebied van vrijwilligers- en mantelzorgbeleid, Wmo en Wpg[1].

Eerder hebben artsenvereniging NVKG, Alzheimer Nederland en de seniorenverenigingen bij het ministerie van VWS en het Outbreak Management Team aandacht gevraagd voor de ongewenste neveneffecten van sociale onthouding bij thuiswonende ouderen, in het bijzonder ouderen met een klein netwerk. Zij zijn vaak onvoldoende in staat om bij problemen, waaronder gezondheidsklachten, zelf tijdig te alarmeren. Er zijn meldingen waaruit blijkt dat ouderen ontregelen doordat hulp (te) laat ingeschakeld werd, soms met overlijden tot gevolg. Waarschijnlijk lopen tienduizenden ouderen dit risico. Daarnaast voelt 83 procent van de mantelzorgers van mensen met dementie zich sinds de coronocrisis zwaarder belast[2].

Huisartsenverenigingen NHG, LHV en InEen herkennen dit probleem. Ondanks oproepen van artsen- en seniorenverenigingen aan ouderen om tijdig hulp in te roepen en de huisarts ook voor minder urgente klachten te raadplegen, hebben wij aanwijzingen dat een grote groep ouderen nog steeds geen hulp inroept en vereenzaamt. Veel ouderen hebben behoefte aan een praatje en lijden onder hun geïsoleerde situatie. Het betreft niet alleen kwetsbare thuiswonende ouderen met een klein netwerk, maar ook ouderen met een zorgvraag die normaliter gebruik maken van Wmo-zorg en ondersteuning maar nu om

uiteenlopende redenen tijdelijk niet. Ouderen zijn zelf huiverig om bezoek toe te laten of de ondersteuning is gestopt. Zo zijn bijvoorbeeld de dagactiviteiten voor mensen met dementie gesloten en heeft 71 procent (nog) geen veilig alternatief aangeboden gekregen.

Ouderen met een migratieachtergrond zijn vaak georganiseerd in informele netwerken en een groot aantal onder hen kampt al vanaf 55 jaar met ernstige gezondheidsklachten. In een aantal gemeenten zagen we voor de coronacrisis dat binnen deze netwerken bijeenkomsten plaatsvonden die steeds vaker bezocht werden door ouderen met een multiculturele achtergrond. Ook ouderen zonder migratieachtergrond bezochten deze zogenaamde huiskamerbijeenkomsten, juist vanwege het informele karakter en de herkenbaarheid in kwetsbaar zijn. Deze informele ontmoetingen, vaak onvoldoende bekend bij gemeenten, zijn nu weggevallen, waardoor ook deze kwetsbare bezoekers nauwelijks nog in beeld zijn.

De NVKG, Alzheimer Nederland en de seniorenverenigingen willen bij individuele gemeenten aandringen om de coördinatie op te pakken, zodat zelfstandig wonende ouderen in een kwetsbare positie door één of twee vaste bezoekers op een veilige manier worden bezocht, conform de maatregel. Voorbeelden hiervoor zijn te vinden op de websites van Alzheimer Nederland, Movisie en de seniorenverenigingen. Wij kunnen het echter niet alleen en vragen de VNG om ons pleidooi voor een coördinerende rol van gemeenten bij de inzet van bezoekers in het RONAZ-overleg en via de VNG-communicatiekanalen onder de aandacht van uw leden te brengen. Wij zijn graag bereid om onze praktische ideeën voor de uitvoering van die coördinerende rol aan te reiken aan u en aan uw leden.

Uiteraard zijn wij van harte bereid, indien gewenst, een en ander in een overleg aan u toe te lichten. U kunt hiervoor contact opnemen met (10)(2e), (10)(2e) KBO-Brabant, telefoon (10)(2e), per e-mail (10)(2e)@kbo-brabant.nl onder vermelding van 'brief aan VNG'. Wij zien uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) NOV
(10)(2e), (10)(2e) NVKG
(10)(2e), (10)(2e) KBO-Brabant
(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) FASv
(10)(2e), (10)(2e) KBO-PCOB
(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) NOOM
(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) Alzheimer Nederland

Cc de heer H. de Jonge, minister VWS

[1] Artikel 5a
1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg.
2. Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
   a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
   b. het ramen van de behoeften aan zorg;
   c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
   d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
   e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid.

[2] Onderzoeksrapport coronapeiling:
https://www.alzheimer-nederland.nl/alzheimer-nederland-panel/resultaten.

286961

KBO-Brabant
Belangenvereniging van senioren

PostNL €0,85
Afz. 5231 HV 10
NEDERLAND
12.05.20
NetSet FR 901242

VOLKSGEZONDHEID
WELZIJN
13 MEI 2020
SCANPLAZA

Ministerie van VWS
De heer H. de Jonge
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

H09CC #X830XDX#00#0000#

286961

286976

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Minister MZS

Deadline: 13-05-2020

Directie Sport

Ontwerpen door
(10)(2e))
(10)(2e) *Topsport*

T (070)-(10)(2e)
M (31) (10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum document
11 mei 2020

Kenmerk
1687256-205109-S

Zaaknummer
205109

Bijlage(n)
3

nota

(ter voorbereiding van een overleg)

Betreft	overleg KNVB
Vergaderdatum en tijd	Woensdag 13 mei 2020; 14.30-15.00 uur
Vergaderplaats	Via videobellen

Paraaf directeur

1 Aanleiding en doel overleg
De KNVB heeft verzocht om een overleg op korte termijn na de expliciete mededeling van de minister van VWS dat evenementen met publiek, waaronder wedstrijden in het betaald voetbal, pas kunnen als er een vaccin is. Zowel financieel als sportief heeft dat, zoals de KNVB aangeeft, voor de voetbal grote gevolgen.

2 Deelnemers overleg
Vanuit de KNVB schuiven aan Eric Gudde (directeur) en Jan de Jong, de nieuwe directeur van Eredivisie CV.
Vanuit directie Sport zijn aanwezig (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e).

3 Te bespreken punten
KNVB heeft aangegeven twee punten te willen bespreken:
- Verkennen van de mogelijkheden om eerder dan 1 september te kunnen starten met voetbalwedstrijden, al dan niet met publiek;
- Bespreken van de financiële schade voor de sector en het verkennen van de mogelijkheden voor overheidssteun.

4 Advies en toelichting

- ***Vooraf***

In de afgelopen weken is de sector betaald voetbal veelvuldig in het nieuws geweest. Lange tijd werd de mogelijkheid open gehouden dat het huidige seizoen nog kon worden uitgespeeld. Toen dat niet het geval bleek, heeft de KNVB een besluit genomen op welke manier de stand op dat moment moest worden geïnterpreteerd. Dat pakte voor een aantal voetbalclubs niet naar tevredenheid uit, zodat dit besluit nu door verschillende clubs via juridische procedures wordt aangevochten. De financiële consequenties van al dan niet promoveren naar of degraderen uit de Eredivisie, of het al dan niet spelen van Europees voetbal zijn immers groot. (Ter info is een bijlage toegevoegd met een beknopt overzicht in welke Europese landen voetbalcompetitie weer mag starten. Allen vooralsnog zonder publiek.)

In deze context moeten beide bespreekpunten worden gezien. Beide punten hangen ook met elkaar samen. Zoals uit bijgevoegde documenten blijkt, is het business model van Nederlandse clubs grotendeels gebaseerd op de recettes van thuiswedstrijden. Wanneer er niet kan worden gespeeld met publiek, betekent dat een grote hap uit de inkomstenkant. Hoe langer er dus niet of zonder publiek moet worden gespeeld, hoe groter die hap. Het betaald voetbal heeft er dus een groot financieel belang bij dat er zo snel mogelijk weer met zo veel mogelijk publiek kan worden gespeeld.

Hoewel de twee bespreekpunten dus nauw met elkaar samenhangen is het advies om te benadrukken dat ze in de discussie worden gescheiden. Het besluit over het organiseren van voetbalwedstrijden met publiek zal in eerste instantie een afweging zijn waarbij het volksgezondheidsbelang voorop staat. Het advies van het Outbreak Management Team (OMT) zal hierin grotendeels leidend zijn. Wanneer grote bezoekersaantallen tot een groot risico op verspreiding van COVID-19 leiden, zal het OMT hier niet positief over oordelen.
Tegelijkertijd gaat het vraagstuk over de financiële schade van het betaald voetbal en de vraag om staatsteun, ook over de waarde van het betaald voetbal in Nederland voor de samenleving en hoeveel overheidssteun dat schraagt. Belangrijk voor het antwoord op deze vraag is ook wat hieraan vooraf gaat: wat doet het voetbal zelf om de financiële schade zoveel mogelijk te minimaliseren?

Advies: benadrukken dat het al dan niet weer opstarten van de voetbalcompetitie en onder welke voorwaarden, in beginsel losstaat van de discussie over overheidssteun. In het proces komen die twee uiteraard ergens samen, maar de discussie over het eerder opstarten wordt op een andere manier beslecht dan de discussie over overheidssteun.

- ***Eerder dan 1 september starten met voetbalwedstrijden***

De huidige stand van zaken is dat wedstrijden in het betaald voetbal zijn verboden tot 1 september. In de meest recente Kamerbrief over de stand van zaken COVID-19 is aangegeven dat daarna weer wedstrijden kunnen plaatsvinden, zonder publiek. Ook wordt aangegeven dat voor massale evenementen met een landelijke uitstraling, zoals wedstrijden in betaald voetbal, 'eigenlijk pas weer kan als er een vaccin is, en niemand weet hoe lang dat gaat duren. We hopen natuurlijk op snel, maar een jaar of langer is heel reëel.'

KNVB heeft aangegeven eerder te willen gaan voetballen om Europees gezien niet te veel op achterstand te geraken. De verwachting is ook dat in augustus de eerste Europese wedstrijden van het nieuwe seizoen zullen worden gespeeld (Ajax, AZ, PSV, Feyenoord, Willem II). De Europese voetbalbond UEFA heeft dit nog niet officieel bevestigd, maar in de media hebben directeuren van verschillende Europese clubs na gesprekken met UEFA laten weten dat in augustus weer Europees gaat worden gevoetbald.

Bovendien staat de start van de nieuwe competitie ook eerder gepland dan 1 september. Uitstel daarvan maakt de ruimte om een volledige competitie uit te spelen voordat in juni 2021 het Europees kampioenschap begint, beperkt.

De afgelopen dagen is over dit voornemen van de KNVB in de media ook veel gesproken. De heersende mening is dat de KNVB niet alleen naar de overheid moet kijken, maar vooral zelf een plan moet maken hoe voetbalwedstrijden in de anderhalvemetersamenleving, zonder niet-beheersbare risico's op verspreiding van het coronavirus moet komen. De KNVB heeft aangegeven met zo'n plan bezig te zijn.

Een one-pager met de hoofdlijnen uit dit plan wordt dinsdag 12 mei nagezonden door de KNVB. Wanneer daar aanleiding voor is, zal ik daarbij ook nog een (korte) annotatie meesturen, ter aanvulling op deze nota.

Verder zal de KNVB waarschijnlijk verwijzen naar andere landen waarin de competities – onder allerlei voorwaarden, en in ieder geval zonder publiek – wel weer van start gaan. Een overzicht hiervan is als bijlage bijgevoegd. Duidelijk is wel dat de verschillende beginsituaties in al deze landen van doorslaggevende invloed zijn op het besluit weer te gaan laten voetballen (beschikbare IC-capaciteit, algemene absorptie van het zorgstelsel, wet- en regelgeving over evenementen en ten aanzien van openbare orde en veiligheid, maar ook of er nog tv-gelden moeten worden verdeeld die anders niet worden uitbetaald).

Advies: U kunt aangeven met belangstelling uit te kijken naar het plan om eerder te starten. U kunt benadrukken dat het voor een goede toetsing door het RIVM van het grootste belang is dat de KNVB daarin aangeeft hoe de bond rekening houdt met allerlei scenario's die het risico op verspreiding van het coronavirus mitigeren. Daarbij blijft het plan van de KNVB: het RIVM zal het plan toetsen maar geen advies geven. Een gesprek met het RIVM is dus niet aan de orde.

- ***Financiële schade en overheidssteun***

In bijgevoegde whitepaper en bijlage heeft KNVB aangegeven welke financiële schade de betaald voetbal sector leidt door de coronamaatregelen. Deze whitepaper dateert van eind april. Over deze stukken zal vrijdag 15 mei op ambtelijk niveau worden doorgesproken.

Ook hier geldt dat de KNVB nog onvoldoende duidelijk maakt wat het voetbal zelf doet om uit deze penibele financiële situatie te komen. Zo zijn er op dit moment alleen afspraken gemaakt over de mogelijkheid van het verlagen van

286976

spelerssalarissen (op basis van vrijwilligheid en met inachtneming van de absolute verschillen in hoogte van salarissen van clubs).

Om een beroep op overheidssteun te kunnen doen is het ook hier nodig om een onderbouwd plan te hebben, waarbij niet alleen wordt gekeken naar de acute financiële nood, maar ook hoe in de toekomst wordt voorkomen dat een crisis als deze de bedrijfstak direct in gevaar brengt. Het gaat te ver om hier nu in detail op in te gaan, maar uit financiële gegevens van de sector zelf blijkt dat maar liefst tien van de 34 betaald voetbalorganisaties een solvabiliteit van minder dan 25% heeft. Een veel groter aantal clubs haalt jaarlijks slechts een positief netto resultaat vanwege een goed transferbeleid. Dergelijke gegevens laten zien dat het bedrijfsmodel van het Nederlandse voetbal (uitgezonderd de grote drie Ajax, Feyenoord en PSV) niet echt duurzaam is te noemen. Dat zal de politieke animo om overheidssteun te verlenen, niet vergroten.

Verder valt in de whitepaper op dat er niet wordt onderbouwd waarom het voetbal met (schaars) belastinggeld moet worden gesteund, zeker in een tijd waarin heel veel bedrijfssectoren het moeilijk hebben, en voor wie ook geen steunpakket naast de generieke steunmaatregelen wordt vrijgemaakt. Een dergelijke onderbouwing, bijvoorbeeld van de sociaal-maatschappelijke waarde van betaald voetbal, kan daaraan bijdragen.

Advies: ten aanzien van de vraag om overheidssteun kunt aangeven dat dit goed moet worden voorbereiden. Tegelijkertijd snappen we ook dat er van de kant van KNVB enig spoed gewenst is. U kunt ook benadrukken dat de KNVB hiervoor met een plan moet komen, dat wij kritisch zullen meekijken en zullen zorgen dat de afwegingen zorgvuldig worden gemaakt. Dit is en kan uiteraard geen garantie zijn dat de inhoud van het besluit in lijn is met wat KNVB vraagt.

(10)(2e))
(10)(2e) *Topsport*

286983

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

NVD
(10)(2e)
(10)(2e)
Nederland

S-SPORT

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e (10)(2e)
(10)(2e)

E (10)(2e)@minvws.nl

Kenmerk
1691884-205448-S

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 25 mei 2020
Betreft Openstelling dansscholen

Geachte Nederlandse danssector,

Hartelijk dank voor uw brief van 7 mei jl. waarin u uw zorgen uit over het feit dat dansscholen nog gesloten moeten blijven en waarin u verzoekt om de deuren weer veilig en verantwoord te mogen openen.

Ik snap uw teleurstelling en ik ben me er terdege van bewust dat uw dansen verschillende maatschappelijke functies vervult en onder andere welzijn en gezondheid stimuleert. Helaas is de situatie rondom het indammen van het coronavirus broos. Om die reden is het kabinet terughoudend om maatregelen te versoepelen.

Er zijn momenteel nog teveel onzekerheden over de rol die aerosolen spelen bij de verspreiding van het virus tijdens het binnen sporten en bewegen. Deze onzekerheden maken het dat het kabinet het nog te risicovol acht om binnen sporten toe te staan. Dat geldt voor alle binnensporten en zo ook voor dansen. Uiteraard is het wel toegestaan om uw sportaanbod in de buitenlucht te laten plaatsvinden. Voor de jeugd tot en met 12 jaar hoeft daarbij niet 1,5 meter afstand in acht te worden genomen, voor iedereen van 13 jaar en ouder geldt die regel wel.

Daarnaast refereer ik graag aan het gesprek dat ik op 12 mei jl. heb gevoerd met Platform Ondernemende Sportaanbieders (POS), waarbij ook uw organisatie vertegenwoordigd was. In dat gesprek heb ik aangegeven dat ik aan het OMT en het RIVM gevraagd heb om meer duidelijkheid rondom de rol die aerosolen spelen in de verspreiding van het virus en hoe we gecontroleerd de binnen sporten weer kunnen opstarten. Daarnaast wijs ik u graag op de mogelijkheden die het tweede steunpakket de danssector biedt.

Met dit schrijven wil ik nogmaals aan u benadrukken dat we als kabinet doordrongen zijn van het belang van sporten en bewegen en de rol die u daarin speelt. Echter is er ons ook veel aan gelegen om een tweede piek van besmetting te voorkomen vandaar dat we voor een voorzichtig pad kiezen.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben,

Hoogachtend,
de minister voor Medische Zorg en Sport,
namens deze,
de directeur Sport,

(10)(2e)

Directie Sport

Kenmerk
1691884-205448-S

286989

Raad Volksgezondheid & Samenleving

(Samen)leven is meer dan overleven

Breder kijken en kiezen in tijden van corona

Raad
Volksgezondheid
& Samenleving

(Samen)leven is meer dan overleven

Breder kijken en kiezen in tijden van corona

286989

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan. De RVS adviseert regering en parlement op het snijvlak van volksgezondheid & samenleving. De RVS wil in een veranderende Samenleving perspectief bieden op het zorgen van & voor morgen.

Samenstelling Raad
(10)(2e), (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 (10)(2e)
(10)(2e)@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2020-04
ISBN: 978-90-5732-293-8

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website ↳ www.raadrvs.nl

286989

Inhoudsopgave

Vooraf

Het maatschappelijke gezondheidsrisico van het coronavirus heeft tot verregaande maatregelen geleid. Maatregelen met als doel om kwetsbare mensen te beschermen, IC-capaciteit niet te overvragen en professionals in de zorg niet te overspoelen. Maatregelen in een crisis, die diep op onze samenleving ingrijpen.

Samen zoeken we nu langzaam een weg uit de crisissituatie. Politici en beleidsmakers in het groot, burgers in het klein. De onzekerheid daarbij is groot. We krijgen elke dag bericht van het RIVM over – inmiddels gelukkig dalende – aantallen besmettingen, ziekenhuisopnames, IC-bedden en sterfgevallen. Maar wat weten we over de prijs van uitgestelde zorg en over de economische en mentale schade die de crisis aanricht? Onze samenleving is aan het veranderen, maar niemand weet precies hoe dat 'anders' er straks uit gaat zien.

In dit advies vraagt de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) aandacht voor dat wat in de crisissituatie onderbelicht blijft. Voor de vele sociale- en gezondheidsproblemen waar mensen door de crisis mee kampen. Bestaande problemen die door de crisis verscherpt zijn; nieuwe risico's én kansen die door de crisis ontstaan. Het benoemen hiervan doen we niet alleen om bij te dragen aan *damage control* op korte termijn. Het verbreden van de blik op de crisis kan politiek en beleid ook helpen om in de komende tijd verdere keuzes te maken.

De RVS vindt dat afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven daarin een prominente plaats moeten krijgen. Zulke afwegingen worden concreet op allerlei niveaus en in allerlei domeinen tegelijkertijd. In de keuze voor een behandelplan, in afwegingen over passende ondersteuning voor een gezin met problemen, in het vormgeven van een bloeiend leven thuis en op het werk, in het nadenken en spreken over leven en sterven, in politieke keuzes over kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg, en zo verder.

In een crisissituatie, waarin daadkracht en snel handelen geboden zijn, komt dit soort afwegingen onder druk te staan. Ze worden versmald tot wat het meest urgent en het meest bedreigend is. In deze crisis was dat de beschikbaarheid van voldoende IC-bedden met bijbehorende mensen en materialen. 'Op slot' was het logische en uitlegbare gevolg. We zijn minder op slot gegaan dan andere landen en hebben de verspreiding van het virus toch tot staan gebracht. Een evenwichtsoefening waar Nederland in is geslaagd. Nu staan we met elkaar voor de lastige vraag: hoe komen we weer van het slot? Hoe verbreden we onze blik en verleggen we onze prioriteiten, wetende dat het virus zich opnieuw kan verspreiden?

Juist vanwege alle onzekerheid is het noodzakelijk om te komen tot een andere richting voor de complexe afwegingen en beslissingen die politiek en beleid nog te wachten staan. Zowel in de fase waarin de maatregelen geleidelijk versoepeld kunnen worden, als in een fase waarin het aantal besmettingen mogelijk weer stijgt en overbelasting van de zorg opnieuw dreigt. Dit advies wil daaraan bijdragen. Vertrekpunt daarbij is om in politiek en beleid vanuit een brede blik waardegedreven afwegingen te maken. Daarmee ontstaat in ogen van de Raad namelijk ook ruimte voor vele anderen – burgers, professionals, bestuurders, ondernemers, onderzoekers – om bij te dragen aan goed en gezond (samen)leven. Dat geeft hoop en voedt de veerkracht van onze samenleving, juist in tijden van corona.

Dynamiek in het hart van publieke gezondheid

De RVS is overtuigd van de noodzaak om in de komende fase meer ruimte te bieden voor maatwerk binnen algemene kaders. Dat is nodig in het belang van bredere afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven. In dit advies doet de RVS aan de hand van vier thema's aanbevelingen om de blik te verbreden en prioriteiten te verleggen. In deze paragraaf schetsen we eerst de richting waarin die verbreding plaats kan vinden.

Want we weten: het virus is niet weg. Voorstellen om maatregelen te versoepelen of los te laten moeten zich verhouden tot het risico op nieuwe verspreiding van het virus. Alle ruimte die de RVS bepleit brengt daarom ook verantwoordelijkheden met zich mee voor het voorkomen van besmetting. Dat vraagt om voorbereiding op het terrein van beschermingsmiddelen, contactonderzoek, testcapaciteit en ziekenhuiscapaciteit. Overbelasting van de zorg is en blijft onaanvaardbaar. Tegelijkertijd is juist het feit dát het virus naar verwachting voorlopig onder ons blijft reden te meer om onze blik te verbreden en ruimte te creëren om verschillende prioriteiten (waarden) tegen elkaar af te wegen. De schade aan gezondheid, economie en welzijn als gevolg van de crisis wordt simpelweg te groot, en ook dat is onaanvaardbaar.

Dit dilemma raakt aan het hart van publieke gezondheid: individuele acties hebben collectieve consequenties. De vrijheid van de een heeft invloed op de gezondheid van de ander. Vanuit dit dilemma zijn twee routes mogelijk. De eerste route zagen we tijdens de acute crisis: collectief gaat boven individu. Een statische, maar daadkrachtige hiërarchie die snel en gericht handelen mogelijk maakt. En met succes. Bij deze route past ook de huidige neiging om generiek aan te sturen op "de anderhalvemetersamenleving" en "het nieuwe normaal". De tweede route past minder goed bij de crisisfase, want is complexer, maar daardoor ook dynamischer. Hier is de verhouding tussen individu en collectief in beweging: er is ruimte voor contextgebonden afwegingen binnen publiek vastgestelde kaders en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid.

De RVS adviseert om deze tweede route te kiezen als richting voor de volgende fase. Dat betekent dat er een ander beroep op burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers gedaan gaat worden. Zij krijgen – binnen publiek vastgestelde kaders, elk in hun eigen context en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid – meer ruimte en vertrouwen om een afweging te maken tussen de verschillende waarden die voor hen belangrijk zijn, en om daar ook naar te handelen. Bijvoorbeeld door een afweging te maken over het beperkt toelaten van bezoek in een verpleeghuis om vereenzaming tegen te gaan. Of door ervoor te kiezen een kind met een beperking wél naar de dagbesteding te laten gaan, omdat de druk op de rest van het gezin niet vol te houden is. Of – en dat kan ook – door de afweging te maken een afdeling of instelling juist extra te isoleren, omdat een uitbraak van het virus in de regio de personeelsbezetting ernstig onder druk zet en continuïteit van zorg anders in gevaar komt.

De verantwoordelijkheid die mensen en organisaties dragen voor het voorkomen van een nieuwe dreigende overbelasting van de zorg wordt hiermee groter. Maar ook actiever en 'draaglijker': mensen en organisaties handelen vanuit wat voor hen betekenisvol is, in plaats van dat ze zich voegen naar een generieke norm tot het houden van anderhalve meter afstand. Deze route biedt daarmee ook meer ruimte voor het erkennen van en omgaan met onzekerheid en voor het bespreekbaar maken van ethische dilemma's die horen bij een pandemie (CEG 2012).

Deze tweede route vraagt om meer flexibiliteit op alle fronten, óók wat betreft het organiseren van voldoende beschermingsmaterialen, contactonderzoek, testcapaciteit en IC-capaciteit. Bijvoorbeeld door burgers een rol te geven in het doen van contactonderzoek, door te verkennen of en hoe een flexibele opschaling van het aantal IC-bedden mogelijk is, en door op een slimme manier meer beschermingsmiddelen in eigen land te produceren (en die ook anders te verdelen). Daar komen we bij de uitwerking van de verschillende thema's op terug.

286989

Thema 1 Kwaliteit van leven & sterven

Het is van belang om afwegingen over maatregelen die verspreiding van het virus tegen moeten gaan te plaatsen in de context van een bredere afweging over kwaliteit van leven en – indien aan de orde – waardigheid van sterven.

'Kwaliteit van leven' staat in de crisisfase in het teken van het voorkomen en vertragen van besmetting, met name onder mensen die vanwege hun leeftijd of vanwege gezondheidsklachten meer risico lopen om ernstig ziek te worden van het virus. De beschikbaarheid van IC-bedden, beademingsapparatuur en beschermingsmateriaal voor zorgprofessionals is een belangrijk argument geweest voor de verregaande crisismaatregelen. Ook dat had met kwaliteit van leven te maken, of specifieker: met het garanderen van toegang tot zorg voor mensen die na besmetting ernstig ziek werden en mogelijk in levensgevaar zouden komen te verkeren. En dus met het voorkomen van het zwartste scenario van totale overbelasting van de acute zorg en onmogelijke dilemma's zoals voor wie IC-bedden bestemd zouden zijn. Deze aanpak heeft ook gevolgen gehad voor de omstandigheden waaronder mensen in het ziekenhuis, verpleeghuis en thuis overlijden. Nabijheid in de periode voorafgaand aan overlijden (aan corona, of aan een andere aandoening) is nu immers niet of nauwelijks mogelijk.

Binnen het streven naar het voorkomen en vertragen van besmetting is er maar weinig ruimte om te vragen wat de gevolgen zijn van het wekenlang niet op bezoek mogen bij je gehandicapte zoon of dochter in een instelling. Of om te vragen wat het betekent als het verblijf in een verpleeghuis – de gemiddelde resterende verblijfsduur van mensen die er nu wonen is 9 maanden – gekenmerkt wordt door eenzaamheid. Of om te vragen wat het met mensen zelf en hun naasten doet als zij alleen, of enkel met mensen in isolatiepakken met brillen en mondkapjes om hen heen, sterven.

De kaders uit de crisisfase bieden weinig ruimte voor de inbreng van cliënten, professionals en bestuurders zelf. Dat is problematisch nu de situatie nog veel langer lijkt te gaan duren. In de komende tijd is het daarom van belang om ruimte te creëren en te behouden voor het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven. En om op grond daarvan ook diverse afwegingen toe te laten over de invulling van algemene maatregelen gericht op het minimaliseren van de kans op besmetting. Dat brengt de zeggenschap over kwaliteit van leven en waardigheid van sterven weer terug waar die hoort: bij mensen zelf. Niet als puur individuele beslissing, maar als sociale afweging waarin naast persoonlijke aspecten ook de voorkeuren van en de consequenties voor anderen meespelen. Het gaat dan over directe naasten, andere patiënten en cliënten en uiteraard ook de betrokken zorg- en hulpverleners (zowel in ziekenhuizen en instellingen als bij zorg aan huis).

De RVS roept op tot maatwerk bij de invulling van algemene maatregelen gericht op het minimaliseren van de kans op besmetting in ziekenhuizen, zorginstellingen en bij zorg aan huis. Dat betekent concreet:

Laat het overkoepelende verbod op bezoek in instellingen los. Geef verpleeghuizen, ggz-instellingen, instellingen in gehandicaptenzorg, jeugdhulp en beschermde woonvormen de ruimte om binnen kaders te komen tot een passende bezoekersregeling in tijden van corona. De uitkomst daarvan kan per sector, en zelfs per instelling of locatie verschillen. De overwegingen van cliënten en hun naasten enerzijds en van de betrokken professionals anderzijds zijn van belang om tot een beslissing te komen. Die overwegingen kunnen ingebracht worden via onder meer cliëntenraad, familieraad en ondernemingsraad. Het bestuur neemt uiteindelijk een gedragen besluit en geeft daarmee invulling aan zowel mensgerichte zorg als goed werkgeverschap. Afstemming met de lokale GGD is een belangrijke voorwaarde, net als het voorzien in de benodigde testcapaciteit voor betrokken professionals en het beschikbaar stellen van de nodige beschermingsmiddelen aan zowel professionals als bezoekers. De bezoekers die naar aanleiding van zo'n besluit worden verwelkomd hebben bovendien een eigen verantwoordelijkheid om hun andere sociale contacten te minimaliseren – en mogen daarop aangesproken worden.

Het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven werd en wordt op veel plaatsen gevoerd – maar nog lang niet overal. De crisis brengt dat in beweging. Huisartsen geven aan dat gesprekken over kwaliteit van leven en waardig sterven toenemen, bijvoorbeeld met ouderen die nog thuis wonen of met mensen van alle leeftijden die tot de risicogroep behoren. Dat is een positieve ontwikkeling die we moeten vasthouden. Dat betekent concreet:

Stimuleer huisartsen, praktijkondersteuners en (wijk)verpleegkundigen om met oudere en/of ernstig zieke cliënten het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven te voeren. Bijvoorbeeld met behulp van een levenstestament of behandelpaspoort. De uitkomst kan zijn dat het voorkomen van besmetting in een specifieke casus ondergeschikt is aan de mentale- en gezondheidsschade als gevolg van isolement. Of dat opname en behandeling in geval van besmetting niet opwegen tegen de zware revalidatie met beperkte kansen op goed herstel daarna. In deze setting moeten cliënten, hun naasten en de betrokken hulpverleners samen tot een goede afweging kunnen komen over de waarde van bezoek, interactie en contact. Op een zelfde manier dus waarop nu al tot afwegingen over wel/niet reanimeren of wel/niet doorbehandelen gekomen wordt.

Ook buiten instellingen staat kwaliteit van leven door de algemene maatregelen met betrekking tot *social distancing* onder druk. ‘Het huishouden’ is op dit moment de enige toegestane vorm van samenkomen (met uitzondering van jonge kinderen, die weer samen mogen spelen). Alleenstaanden van alle leeftijden komen door deze norm letterlijk alleen te staan. De aanbeveling om in het voorkomen en vertragen van besmetting meer ruimte voor maatwerk toe te staan, kan ook hier gelden. Dat betekent concreet:

Bied alleenstaanden van alle leeftijden de ruimte om toch beperkt samen te komen met anderen, bijvoorbeeld door hen toe te staan met een beperkt aantal andere personen een tijdelijk ‘huishouden’ te vormen. Dit kan mentale gezondheidsschade van sociaal isolement op langere termijn voorkomen. Ook hier geldt de verantwoordelijkheid van ‘huishoudens’ om hun andere sociale contacten te minimaliseren.

Het voorkomen en vertragen van besmetting is dus één aspect van kwaliteit van leven in plaats van het enige aspect. Zowel in de periode van het versoepelen van maatregelen als in een mogelijke fase van nieuwe verspreiding van het virus. De context bepaalt hoeveel gewicht dit aspect zou moeten krijgen – en dat kan dus per sector, instelling, locatie of huishouden verschillen. Laagdrempelig testen (en dat ook goed begeleiden en monitoren), contactonderzoek verrichten en beschermingsmiddelen inzetten zijn daarbij belangrijke voorwaarden.

Thema 2 Ongelijkheid & kwetsbare groepen

'Kwetsbaar' ben je in deze crisis als je bovengemiddeld kans hebt op een ernstig verloop van de ziekteverschijnselen die het coronavirus veroorzaakt. Samen moeten we deze kwetsbare groep beschermen. De crisisaanpak is daarop gericht. Maar daarmee sluiten we onze ogen voor andere sociale- en gezondheidsrisico's voor kwetsbare groepen die het gevolg zijn van de crisisaanpak – en dus voor andere voorwaarden voor goed en gezond (samen)leven.

Immers: kwetsbaar zijn ook de kinderen in het voortgezet speciaal onderwijs die straks nog niet naar school mogen, kinderen en volwassenen met een beperking die normaal gesproken naar de dagbesteding kunnen, kinderen met leerachterstanden die nog verder achterop raken, gezinnen waar het onveilig is, dak- en thuislozen, chronisch zieken die onvoldoende begeleid worden en zieke mensen wiens behandeling of operatie wordt uitgesteld. En er is een snel groeiende kwetsbare groep van mensen met weinig financiële reserves die hun baan of bedrijf verliezen en daar grote zorgen over hebben. Al deze groepen worden hard getroffen door de crisismaatregelen en dragen meer risico voor de negatieve gevolgen ervan op lange termijn. Het gaat daarbij zowel om directe gezondheidseffecten, door alle reguliere zorg die is uitgesteld of aangepast, als om indirecte gezondheidseffecten nu en straks: gezondheidsschade op korte en langere termijn door (stapeling van) stress, schulden, eenzaamheid, armoede, huiselijk geweld, dakloosheid of leerachterstanden.

De crisisaanpak leidt daarom gemakkelijk tot toename van ongelijkheden. Dat plaatst de vraag naar solidariteit in een ander daglicht. Welke kwetsbare groepen willen we als samenleving beschermen? Dat is het dilemma waar we voor staan: wanneer gaat afstand houden ten behoeve van de gezondheid van de ene kwetsbare groep ten koste van goed en gezond (samen)leven van vele andere kwetsbare groepen? Groepen die normaal gesproken juist gebaat zijn bij nabijheid en ontmoeting op de dagbesteding, op school, bij de zorgverlener of therapeut.

In de komende fase is het nodig om verantwoordelijkheid te nemen voor de ongelijke gevolgen van de crisis voor de kansen op goed en gezond (samen)leven van kwetsbare groepen in Nederland. Dat betekent dat politiek en beleid in de afwegingen over hoe nu verder vanuit een bredere opvatting over kwetsbaarheid verschil moeten gaan maken in de manier waarop we maatregelen uit de crisisfase verruimen. Hoe?

De RVS beveelt politiek en beleid aan om bij het versoepelen van de crisismaatregelen voorrang te geven aan kwetsbare groepen, namelijk daar waar de sociale- en gezondheidsrisico's als gevolg van de crisisaanpak het grootst zijn. Dat betekent concreet:

Sta versoepelingen van de maatregelen als eerste toe op die plekken waar de verhouding tussen winst in termen van goed en gezond (samen)leven versus risico op verspreiding van het virus het meest voordelig uitvalt. De mate waarin bepaalde groepen voor hun basale levensbehoeften afhankelijk zijn van anderen kan houvast bieden voor het maken van dit type onderscheid. Dus bijvoorbeeld eerst weer dagbesteding voor psychiatrische patiënten, zorg en begeleiding voor kinderen met een beperking, of hervatting van werk op sociale werkvoorzieningen. Daarin is fysieke nabijheid onvermijdelijk. Een anderhalvemetersamenleving werkt hier simpelweg niet. Dat betekent dan ook dat voldoende beschermingsmiddelen en testcapaciteit voor zowel betrokken professionals als cliënten en hun naasten hier van groot belang zijn.

Onderschat de gezondheidseffecten van stress, onzekerheid en werkloosheid niet. De mentale gevolgen van de crisis kunnen we bij lange na niet overzien. De positie van kleine ondernemers, mensen met flexibele contracten en zzp'ers komt niet alleen in economische zin onder druk te staan, maar (financiële) onzekerheid kan ook leiden tot stress en gezondheidsklachten op langere termijn. Signaleer daarom waar bestaanszekerheid door de crisis onder druk komt te staan en wees daar op lokaal niveau tijdig bij. Niet alleen vanuit economische overwegingen, maar ook vanuit de maatschappelijke gevolgen van bestaans**on**zekerheid voor gezondheid, welzijn en participatie van mensen. In het recente advies *Herstel begint met een huis* heeft de RVS laten zien dat bestaansonzekerheid een belangrijke onderliggende verklaring voor dakloosheid is. In dat advies biedt de RVS ook handvatten voor vroegsignalering van bestaanszekerheid.

Een bredere opvatting over wat mensen kwetsbaar maakt helpt om meer verschil te maken in of, hoe en wanneer maatregelen worden verruimd. Dat geldt ook voor de communicatie daarover: die moet toegankelijk en begrijpelijk zijn al naar gelang de doelgroep. Te zijner tijd is het in het verlengde hiervan ook goed om al na te denken in welke volgorde een eventueel vaccin toegankelijk wordt, wat ons betreft te beginnen met kwetsbare groepen.

Thema 3 Zorg & ondersteuning in beweging

Afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven raken het hart van zorg en ondersteuning, en daarmee ook aan de organisatie daarvan. Nog nooit werden zorg en ondersteuning op zo'n grote schaal stopgezet. De schade daarvan is groot en de inhaalslag waar gehandicaptenzorg, jeugdhulp, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, thuiszorg én alle niet-acute medische zorg voor staan is enorm. Hoe komen we tot een situatie waarin alle andere vormen van zorg en ondersteuning weer toegankelijk worden én blijven, zelfs als het virus zich opnieuw snel zou verspreiden en overbelasting van IC- en acute zorg dreigt?

De crisis biedt mogelijkheden om in de komende tijd systeemfouten waar we al langer tegenaan lopen op te lossen. We zien goede ontwikkelingen. Samenwerking tussen zorgaanbieders komt ineens van de grond en veel mooie zorginnovaties zien het licht. Het aanpassingsvermogen van zorg en ondersteuning is groot en de ruimte voor innovatie, creativiteit en ondernemerschap wordt ten volle benut. Instellingsbelangen worden veel meer losgelaten dan voorheen – en ook dat is winst. Daarnaast is er nu de mogelijkheid om inzicht te krijgen in overmedicalisering en overbehandeling. Dat is zeker relevant met oog op de toekomst.

Als we niet oppassen raken deze goede ontwikkelingen na de acute fase van de crisis verstrikt in regels, procedures en financiële kaders zoals die voor de crisis golden. Bijvoorbeeld als het gaat om het experimenteren met zorg op afstand. Zowel zorg- en hulpverleners als patiënten en cliënten ervaren nu wat er digitaal mogelijk is. Het scheelt (reis)tijd en hoeft in kwaliteit lang niet altijd onder te doen voor een gesprek in de spreekkamer of thuis. Vraagstukken met betrekking tot toegankelijkheid, privacy, digitale vaardigheden en financiering komen nu scherp in beeld en kunnen dus heel gericht worden opgepakt. De crisis maakt het mogelijk om wet- en regelgeving aan te passen op de praktijk, in plaats van andersom. Hoe?

De RVS adviseert om de ruimte voor samenwerking en innovatie die de crisis heeft opgeleverd te benutten bij het hervatten van zorg en ondersteuning in de fase na de crisis. Maatregelen die zorgverleners en -organisaties flexibiliteit bieden helpen daarbij – juist ook om te blijven leren en reflecteren. Dat betekent concreet:

Maak verwijzingen, beschikkingen en indicatiestellingen op maat niet alleen nu maar structureel mogelijk. Zodat in elke casus een afweging plaatsvindt over waar en hoe veilige en verantwoorde zorg of ondersteuning geboden kan worden. Bijvoorbeeld als het gaat om het snel verplaatsen van zorg van ziekenhuis naar verpleeghuis, of om het voeren van een indicatiegesprek op afstand in plaats van in persoon.

Focus niet alleen op onderbehandeling en de gevolgen daarvan, maar durf ook in beeld te brengen waar het niet leveren van zorg of ondersteuning positief uitpakt. Het is wenselijk dat er met spoed onderzoek wordt gedaan naar de effecten van de opgeschorte zorg. Het initiatief ligt bij de partijen in het veld; Zorginstituut Nederland heeft hierin vanuit haar wettelijke taken ook een belangrijke rol. De crisis biedt een kans om overmedicalisering en overbehandeling in de praktijk te doorbreken. Dat kan een goede balans in kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning bevorderen, en ook interessante inzichten bieden ten aanzien van preventie.

Bied zekerheid en ruimte aan grote én kleine zorgaanbieders door in deze fase met aanneemsommen in plaats van p x q-financiering te werken. Zorgverzekeraars doen dat al ten dele door bijvoorbeeld ziekenhuizen ondanks de grootschalige behandelstop te blijven financieren. Ook gemeenten kunnen hier veel in betekenen. Dat geeft zorgaanbieders in alle sectoren de kans om vanuit wederzijds vertrouwen te verkennen hoe en in welke (nieuwe) vorm zij hun zorg weer kunnen oppakken. Het is bovendien een vorm van risico's delen die past bij het publieke belang dat zorgaanbieders dienen. Er mag ook wat tegenover staan, zoals toetsing op zinnige zorg of digitaal aanbod. Ten slotte biedt deze vorm van financiële zekerheid ruimte voor het vormgeven van innovatieve praktijken, waarop later kritisch en evenwichtig gereflecteerd kan worden met zowel zorgverzekeraars en gemeenten als patiënten en cliënten.

De wens tot meer domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals en tussen organisaties in het belang van kwaliteit van zorg en ondersteuning klinkt al langer, maar komt nu in een stroomversnelling. Het is waardevol om scherp te krijgen hoe dat precies verloopt. Dat betekent concreet:

Inventariseer hoe en onder welke voorwaarden samenwerking nu tot stand komt, en waar die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning ten goede komt (en ook waar niet!). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zou hier mogelijk een rol in kunnen hebben.

De vernieuwing van nu is indrukwekkend en kan voor patiënten en cliënten ook echt een waardevolle verandering betekenen. Daarom is dit advies ook een oproep tot flexibiliteit gericht aan overheid, zorgverzekeraars en beroepsgroepen waar het gaat om het snel aanpassen, loslaten of verbeteren van regels en procedures. Dat betekent concreet:

Omarm 'zorg op afstand' niet als hét nieuwe normaal, maar als waardevolle en onmisbare uitbreiding van het repertoire dat zorg- en hulpverleners te bieden hebben. Professionals zijn aan zet om in overleg met hun cliënten en patiënten steeds een afweging te maken over welke vorm van zorg of ondersteuning passend is. Dat heeft gevolgen voor ons begrip van kwaliteit en veiligheid van zorg. Regels en procedures moeten daarbij aansluiten.

Improvisatievermogen en innovatiekracht van patiënten, professionals en bestuurders hebben tijdens de crisis een hoge vlucht genomen. Daarop voortborduren vraagt enerzijds alertheid om te kunnen behouden wat goed blijkt te werken en zicht te krijgen op waar regels en procedures dat belemmeren. Anderzijds vraagt het om te blijven reflecteren op de vraag of de lessen ook passen in een niet-crisis fase.

Thema 4 Adaptief bestuur & leiderschap

Meer ruimte voor maatwerk door burgers, professionals en bestuurders vraagt om een ander type politieke besluitvorming dan in de crisisfase. Politieke besluitvorming ligt in de crisis bij een klein deel van het kabinet, met verantwoording in het parlement achteraf. Die volgorde van beslissen en verantwoorden maakt het democratisch proces op langere termijn kwetsbaar.

Die kwetsbaarheid is in de crisisfase versterkt door de wijze waarop beleid en kennis verstrengeld raakten. Politieke besluiten werden een-op-een gekoppeld aan adviezen van het Outbreak Management Team (OMT), in de veronderstelling dat ze daarmee beter uitlegbaar en verdedigbaar zijn. Dat is problematisch. Beleid vraagt immers om politieke en normatieve afwegingen tussen verschillende waarden, voor- en nadelen van interventies en het omgaan met risico's. Kennis kan gebruikt worden om politieke afwegingen te onderbouwen, maar de politiek zal altijd zelf moeten gaan staan voor de keuzes die ze uiteindelijk maakt. Kennis kan dat nooit vervangen.

Bovendien is de keuze voor het type kennis dat gebruikt wordt als onderbouwing van politieke besluiten in de crisis beperkt geweest. Van vele kanten klinkt inmiddels de roep om verbreding en wordt gepleit voor het betrekken van sociologen, ethici, economen, biologen, bestuurskundigen, pedagogen, kunstenaars, filosofen, antropologen en anderen bij de totstandkoming van beleid voor de volgende fase. Van andere kanten klinkt om vergelijkbare redenen de roep om burgers veel meer inspraak te geven.

In feite is dit een brede roep om adaptief bestuur en leiderschap. Dat is een vorm van bestuur die in een onvoorspelbare en complexe realiteit borgt dat er voldoende ruimte blijft voor afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven. En een vorm van leiderschap waarbij lastige politieke keuzes zich niet verschuilen achter kennis en expertise, maar onzekerheden en botsende inzichten benoemd mogen worden. Daarbij past dan ook het betrekken van verschillende informatiebronnen en perspectieven.

De RVS ondersteunt de roep om verbreding en pleit voor een snelle overgang van crisisbestuur naar adaptief bestuur. Hoe?

De RVS beveelt aan om in de komende fase brede en openlijke inspraak, ruggenspraak en tegenspraak te organiseren. Dat betekent concreet:

Uitbreiden en verbreden van wetenschappelijke expertise én ervaringskennis die gebruikt wordt als input voor politieke besluitvorming. Dat geldt op korte termijn voor het Outbreak Management Team, maar met oog op de langere termijn is het ook nuttig om andere kennisverbanden te benutten. In de afgelopen jaren is in het kader van de Nationale Wetenschapsagenda ervaring opgedaan met onderzoek naar grote maatschappelijke uitdagingen. Daarbij worden zowel burgers, bedrijven, NGO's, kennisinstellingen als overheidsorganisaties betrokken. Uit dat proces en de lessen die daaruit getrokken zijn kan geput worden.

Om een gelijkwaardige, constructief kritische dialoog te kunnen voeren is gelijkwaardige toegang tot kennisbronnen noodzakelijk. Dat pleit voor het openbaar maken van rekenmodellen, onder meer van het RIVM, en voor het publiceren van wetenschappelijke kennis die nu ontwikkeld wordt via open access kanalen (in lijn met kabinetsbeleid m.b.t. open science).

Borg een zorgvuldige bespreking en stemming over de wet Coördinatie uitzonderingstoestanden die nu voorligt in het parlement. De wet beoogt het democratische proces in de politieke besluitvorming te herstellen. Dat is goed, maar begint bij zorgvuldige politieke besluitvorming over de wet zelf.

Ook heel praktische, empirische kennis en ervaring kan benut worden bij afwegingen in de komende fase. Dat betekent concreet:

Geef burgers zelf een veel grotere rol in het monitoren van ziektesymptomen en in het doen van contactonderzoek. Hierin kunnen we leren van andere landen. Onder meer Duitsland, Australië en Canada hebben gekozen voor een vorm van 'citizen science' via een app van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze app maakt het mogelijk dat vrijwilligers snel en gericht contactonderzoek kunnen doen onder coördinatie en begeleiding van de GGD. Op deze manier levert 'empirische' kennis input voor politieke afwegingen over maatregelen. Ook in eigen land zijn goede initiatieven om burgers iets in handen te geven om zelf alert te kunnen zijn op symptomen, met daarbij aanwijzingen voor tijdig inschakelen van zorg.

Het verwelkomen van andere perspectieven, kennis en ervaringen draagt bij aan adaptief bestuur en mobiliseert betrokkenheid van burgers en organisaties bij besluitvorming. Dat is een belangrijke democratische basis voor de complexe afwegingen die nog voor ons liggen.

Tot slot: Vertrouwen & veerkracht

Dit advies wil bijdragen aan meer ruimte voor maatwerk binnen algemene kaders. Dat is nodig in het belang van bredere afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven in tijden van corona. Juist nu het virus naar verwachting nog wel even onder ons blijft. Aan de hand van vier thema's heeft de Raad aanbevelingen gedaan over de vorm waarin en de voorwaarden waaronder dat maatwerk kan ontstaan. Daaronder liggen tot slot twee belangrijke pijlers: vertrouwen en veerkracht.

Ruimte voor maatwerk krijgt alleen de kans als er ook vertrouwen is dat burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers – elk vanuit hun eigen rol en context – gedeeld verantwoordelijkheidsbesef hebben. Dat ze niet alleen een eigen invulling kunnen geven aan algemene maatregelen, maar ook verantwoordelijkheid nemen voor de gevolgen daarvan. De belangrijkste opdracht aan de landelijke overheid is om de samenleving te helpen verantwoordelijkheid te nemen en om te gaan met de onzekerheden die horen bij het (samen)leven in tijden van corona. Daarbij past een manier van verantwoording afleggen die gebaseerd is op vertrouwen (vgl. *Blijk van vertrouwen* RVS 2019) – en dat is een welkome tegenkracht in tijden waarin angst gemakkelijk kan gaan regeren.

De veerkracht van onze samenleving blijkt keer op keer groot, zowel in de publieke en private sector als in de privésfeer. In deze crisis is daarop een groot beroep gedaan. In de tijd die voor ons ligt zal dat beroep alleen maar groeien. Immers, met een economische recessie in zicht en een oplopende staatsschuld zal de roep om bezuinigingen gaan klinken. Een belangrijke les uit de vorige crisis is dat het jarenlang met de kaasschaaf bezuinigen de vitaliteit van onze samenleving – en de publieke sector in het bijzonder – onder druk zet. Het leidt tot een toename van controles en procedures, smoort vernieuwing in de kiem en knaagt aan de waardering voor het werk dat wordt verricht. Dat staat in schril contrast met de vitaliteit en vernieuwingskracht van dit moment. Het zal grote evenwichtskunst vergen om te balanceren tussen financiële en solidaire overwegingen. Ook hier geldt dat maatwerk binnen algemene kaders nodig zal zijn: de kwetsbaarheid van veel mensen in de samenleving zal toenemen en meer dan ooit is het belangrijk om hen een passend perspectief te blijven bieden.

Ruimte bieden aan de veerkracht van onze samenleving betekent ten slotte dat het statische beeld van 'de anderhalvemetersamenleving' tekortschiet voor de fase die komt. De norm van afstand lijkt daarin absoluut te worden: statisch en uniform. Dat doet geen recht aan de complexiteit en onzekerheid van vandaag en morgen én zet afwegingen over wat van waarde is voor gezond, sociaal leven onder druk. Bovendien maakt het burgers, professionals en organisaties passieve uitvoerders van een centrale opdracht. Dat gaat ten koste van de vitaliteit en solidariteit in onze samenleving op lange termijn. Complexe afwegingen en creativiteit zijn steeds weer, en op alle niveaus nodig, om in de komende tijd tot goed (samen)leven te komen. Daarin is niet 'samen volhouden', maar 'samen doen' het devies: vanuit vertrouwen in de veerkracht én het verantwoordelijkheidsbesef van onze samenleving.

286989

Verantwoording & vervolg

De RVS pakt in het licht van de aanbevelingen van dit advies een aantal projecten met voorrang op:

De projecten 'De kunst van het innoveren' en 'Gezonde digitale leefomgeving' gaan vervroegd van start, om te beginnen met een gevraagd advies over zorg op afstand. Op korte termijn verschijnt bovendien het advies over regie op toegankelijke acute zorg. Ook het thema 'zorgen in een krappe arbeidsmarkt' wordt in het licht van de coronacrisis naar voren gehaald.

Het advies over het gesprek over de dood wordt met voorrang opgepakt, om een bijdrage te leveren aan ruimte voor afwegingen rond waardig sterven.

Het advies over de positie van mensen die permanent op het randje van bestaanszekerheid balanceren wordt met voorrang en in het licht van de erfenis van deze crisis opgepakt. Het advies *Herstel begint met een huis* (april 2020) vestigde reeds de aandacht op de risico's van bestaansonzekerheid en hoe die doorwerken in processen van sociale uitsluiting.

Hoe zijn we tot dit advies gekomen?
In de korte voorbereiding van dit advies hebben wij veel gesprekken gevoerd en informatie opgehaald uit wetenschap, beleid en praktijk. Hieronder geven we een beknopt overzicht. Via deze weg willen wij alle betrokkenen hartelijk danken voor hun waardevolle perspectieven, inzichten en suggesties. De RVS adviseert onafhankelijk. De gesprekken die we tijdens de voorbereiding van dit advies hebben gevoerd hebben dan ook niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan de inhoud van dit advies gecommitteerd.

Raadpleging 'In het Oog van de Storm'
De ervaringen van cliënten, mantelzorgers, professionals en bestuurders tijdens de coronacrisis vormen voor de Raad een belangrijk startpunt voor zijn advisering. Daarom hebben wij een online raadpleging 'In het Oog van de Storm' opgezet en verspreid binnen ons netwerk en via onze social media-kanalen. In de raadpleging vragen we naar ervaringen in de coronacrisis. Tot dusver reageerden 4684 mensen op onze digitale raadpleging. In een later stadium zullen wij de uitgebreide resultaten van deze raadpleging presenteren.

Expertise KennisRing en VeRS
De Raad heeft dankbaar gebruik gemaakt van de kennis en ervaringen van de leden van VeRS, het talentennetwerk van de RVS, en de KennisRing, het expertnetwerk van de RVS. Daarnaast zijn er met verschillende leden van deze netwerken verdiepende interviews gevoerd.

(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur Raphaelstichting*
(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Bestuur en Beleid van de Gezondheidszorg EUR*
(10)(2e)	(10)(2e) *in opleiding HagaZiekenhuis*
(10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur WilgaerdenLeekerweideGroep*
(10)(2e)	(10)(2e) *Maatschappelijke Ontwikkeling Gemeente Utrecht*
(10)(2e)	(10)(2e) *in Amsterdam*
(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur Omring*
(10)(2e)	(10)(2e) *strategische allianties Gemeente Utrecht*
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale EerstelijnsZorg Radboudumc*
(10)(2e)	(10)(2e)
(10)(2e)	(10)(2e) *Strategie en Innovatie VGZ*
(10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis*

Overige gesprekken met experts
Naast de gesprekken met de leden van de KennisRing en VeRS heeft de Raad gesproken met verschillende experts met uiteenlopende perspectieven:

(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Humanitarian health emergencies, London School of Hygiene and Tropical Medicine*
(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *raad van advies Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*
(10)(2e)	(10)(2e) *n.p.*
(10)(2e)	(10)(2e) *Amsterdam UMC*
(10)(2e)	(10)(2e) *Publieke Gezondheid Hollands Midden*
(10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur CZ*
(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Besturen van Veiligheid Radboud Universiteit Nijmegen*
(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur VGZ*
(10)(2e)	(10)(2e) *GGD Amsterdam*
(10)(2e)	*Partner Strategy&*
(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Infectiepreventie Radboud Universiteit Nijmegen*
(10)(2e)	(10)(2e) *Wijkgezondheidscentrum Lindenholt Nijmegen*
(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) *Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland*

Geraadpleegde bronnen
De Raad heeft gebruikt gemaakt van verschillende wetenschappelijke bronnen, artikelen en blogs in zijn advisering. De selectie van deze artikelen is gemaakt door de staf van de RVS. Daarnaast is gebruik gemaakt van literatuursuggesties van leden van de KennisRing en Vers. Onderstaande lijst geeft een overzicht van de belangrijkste bronnen die zijn gebruikt tijdens de totstandkoming van dit advies.

Wetenschappelijke literatuur

Ahmed, F., Ahmed, N.E., Pissarides, C. & Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Heatlh.*

Boin, A. & Lodge, M. (2016). Designing resilient institutions for transboundary crisis management. A time for public administration. *Public Administration*, 94 (2), 289-298.

Briscese, G., Lacetera, N., Macis, M., & Tonin, M. (2020). *Compliance with COVID-19 Social-Distancing Measures in Italy: The Role of Expectations and Duration* (No. w26916). National Bureau of Economic Research.

Carney, T., & Bennett, B. (2014). Framing pandemic management: New governance, science or culture?. *Health Sociology Review*, *23*(2), 136-147.

Galea, S., Merchant, R.M. & Lurie, N. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine.*

Horton, R. (2020). Offline: CoHERE—a call for a post-pandemic health strategy. *Lancet (London, England), 395(10232)*, 1242.

Lin, L., Savoia, E., Agboola, F. et al (2014). What have we learned about communication inequalities during the H1N1 pandemic: a systemic review of the literature. *BMC Public Health* 14, 484.

Long, N. J. (2020). From social distancing to social containment: reimagining sociality for the coronavirus pandemic. *Medicine Anthropology Theory*

Uscher-Pines, L., Duggan, P.S., Garron, J.P., Karron, R. & Faden, R. (2007). Planning for an Influenza Pandemic: Social Justice and Disadvantaged Groups. *The Hastings Center Report*, 37(4), 32-39.

Reger, M.A., Stanley, I.H. & Joiner, T.E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 – A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry.* Online publicatie 10 april 2020.

Rhodes, T., Lancaster, K. & Rosengarten, M. (2020). A model society: maths, models and expertise in viral outbreaks, *Critical Public Health.*

Smith, M., & Upshur, R. (2019). Pandemic Disease, Public Health, and Ethics *The Oxford Handbook of Public Health Ethics*

286989

Overige bronnen:

‘Onderzoek is de hand aan de kraan’ | *De Groene Amsterdammer* | *Jop de Vrieze* | *15 april 2020*

Doden in verpleeghuizen: zoek niet naar schuldigen, maar richt je op kwaliteit van leven | *NRC Handelsblad* | (10)(2e) (10)(2e) | *14 april 2020*

Heiligt het doel de middelen? Filosoof Marli Huijer: ‘Ik weet eigenlijk niet wat het doel is’ | *De Volkskrant* | *Marli Huijer* | *8 april 2020*

'Het virus zou niet discrimineren en iedereen treffen. Niets blijkt minder waar' | *Knack* | *Saskia de Coster* | *16 april 2020*

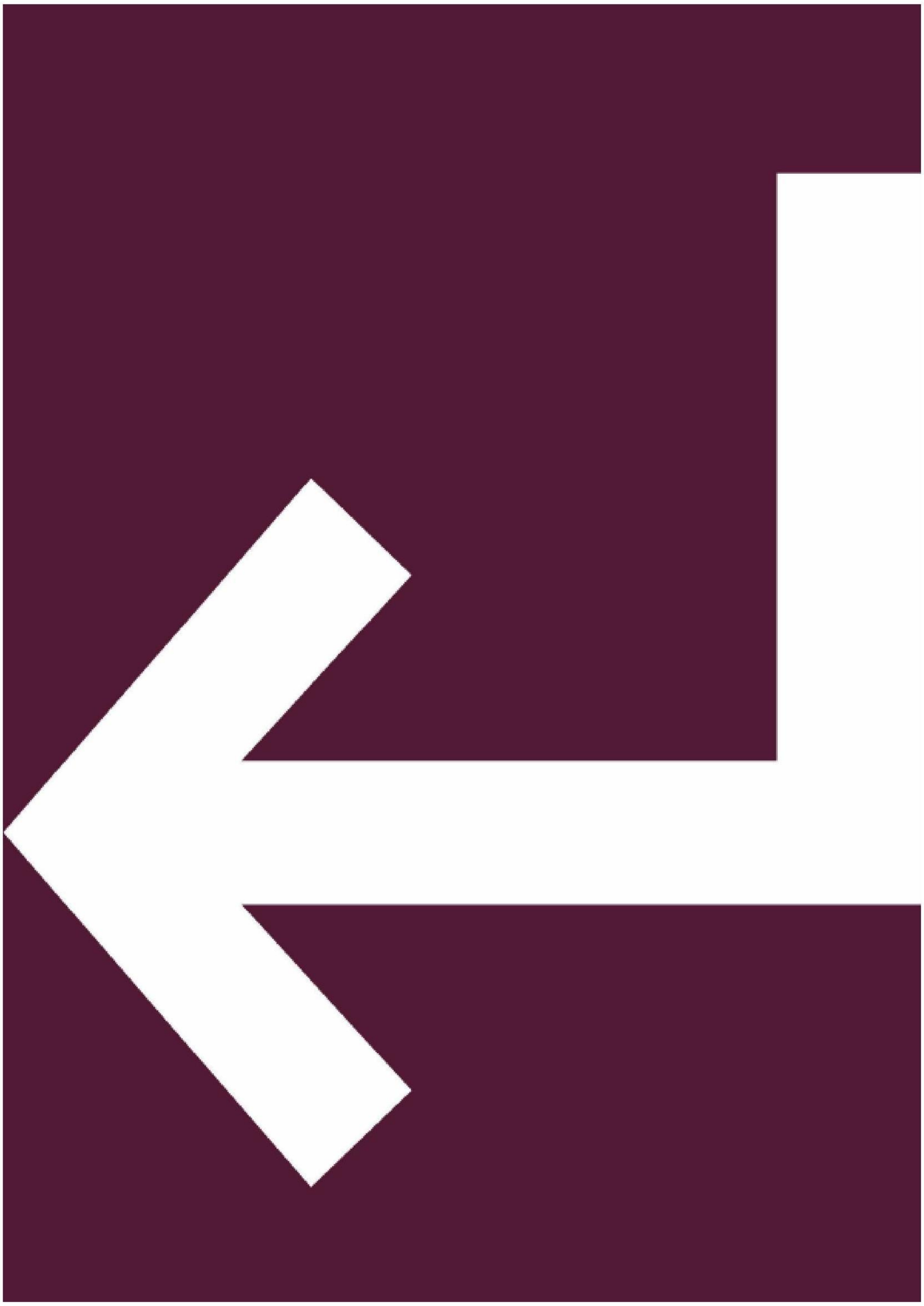
Kwetsbare mechaniekjes | *NRC Handelsblad* | *Ilja Leonard Pfeiffer* | *14 april 2020*

Yuval Noah Harari: the world after coronavirus | *Financial Times* | *Yuval Noah Harari* | *20 maart 2020*

Mettau, P. en Hulsenboom, Z. (red.) (2018). *Adaptief bestuur. Essays over adaptiviteit en openbaar bestuur.* Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken.

Voorbereiding
Dit advies is voorbereid door een commissie bestaande uit (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (raadsleden), Stannie Driessen (directeur) en Willemijn van der Zwaard, Jan-Luuk Hoff en Marina de Lint (adviseurs).

286989



286989

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

Raad Volksgezondheid & Samenleving

Tekst OMT advies over Controlestrategie

Controlestrategie versoepeling maatregelen
Het kabinet hanteert de strategie van het maximaal controleren van de verspreiding van het virus. Het doel is mensen met een kwetsbare gezondheid te beschermen en te voorkomen dat de zorg overbelast raakt. De tot nu toe genomen maatregelen zijn effectief gebleken. De aangekondigde versoepelingen kunnen ertoe leiden dat de verspreiding van het virus onder de bevolking toeneemt. Het verloop van de epidemie in onder meer Singapore en Zuid-Korea illustreert dat het virus zich waarschijnlijk als een veenbrand zal gedragen met af en toe verheffingen die bedwongen moeten worden.
Het is van belang zo vroeg als mogelijk een eventuele verheffing te signaleren. Het OMT signaleert dat de nu beschikbare indicatoren met een vertraging van tussen de 7 (testresultaten) en 20 (IC-opnames) dagen zicht geven op het verloop van de epidemie. Dit betekent dat een plotselinge toename in de verspreiding van het virus enige tijd onopgemerkt kan blijven. De korte generatietijd van het virus en daardoor de mogelijke exponentiele groei van het aantal besmette personen maakt het noodzakelijk om snel in te grijpen indien de eerste signalen van een verheffing zichtbaar worden. Hiertoe worden verschillende instrumenten ingericht zoals gedragsonderzoek, de nalevingsmonitor en mobiliteit. Deze data geven inzicht in hoeverre de maatregelen opgevolgd worden en hoeveel contacten mensen hebben. Daarnaast vindt er met het oog op vroegsignalering surveillance plaats met behulp van syndroomsurveillance (infectieradar.nl), rioolwatersurveillance, een uitbreiding van de RIVM/NIVEL-peilstations, de testresultaten van geteste zorgmedewerkers, informatie uit de contactonderzoeken die door de GGD'en uitgevoerd worden en de resultaten van het geïntensiveerde testbeleid.
Het OMT heeft aan de hand van een voorstel van het RIVM gesproken over de controlestrategie en onderschrijft de uitgangspunten van het voorstel dat onderdeel zal worden van de controlestrategie van het kabinet die momenteel uitgewerkt wordt.

Spreeklijnen en Q&A

286993

Inhoud

286993

Spreeklijnen
Besmettingsroute en noodzaak PBM
Voorzitter,

- Ik geef graag een korte toelichting op hoe het coronavirus zich kan verspreiden in relatie tot in welke situaties persoonlijke beschermingsmiddelen nodig zijn
- Het coronavirus bevindt zich bij patiënten in de neus, keel of longen en verspreidt zich niet vanzelf maar moet daarbij geholpen worden. Dit gebeurt via de lucht door hoesten en niesen of doordat het via de handen wordt overgedragen.
- Door hoesten en niezen komt het virus in de lucht via kleine druppeltjes. Deze druppeltjes blijven niet in de lucht zweven, maar dalen snel neer, binnen 1,5 meter van de patiënt. Iemand die heel dichtbij is kan de druppeltjes dus inademen.
- Er zijn geen aanwijzingen dat het virus zich aerogeen verspreidt, dus via kleinere deeltjes die in de lucht blijven zweven. De kans dat het zich via praten en ademhalen kan verspreiden is dus zeer klein.
- Het coronavirus kan via de handen verspreid worden als een patiënt met zijn handen aan de neus zit en vervolgens iemand een hand geeft. Ook kan het virus door hoesten of via de handen op voorwerpen terechtkomen die iemand anders vastpakt, zoals een deurklink. Daarom zijn de algemene hygiënemaatregelen zo belangrijk.

- Dat betekent dat het in situaties wanneer iemand geen klachten heeft en afstand kan worden gehouden, ook niet nodig is preventief persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken.
- Belangrijk is dat zorgmedewerkers regelmatig hun handen wassen en zich aan de algemene hygiënemaatregelen houden. Zo kunnen zij zichzelf goed beschermen.
- Mondkapjes moeten dus alleen gebruikt worden als dat echt nodig is, zoals aangegeven in de uitgangspunten die het RIVM heeft opgesteld voor gebruik van PBM. Ook voor het geven van zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis geldt als uitgangspunt dat bij cliënten die niet verdacht zijn van COVID-19 geen risico is op besmetting en geen extra maatregelen nodig zijn.
- Voor zorgverleners in de thuissituatie is het belangrijk elke keer dat ze een cliënt thuis bezoeken het gesprek aan te gaan en te checken of hij of zij geen COVID-19 klachten heeft en niet besmet is.
- In het geval hier wel sprake van is, dient de zorg en ondersteuning uitgesteld te worden als dit kan. Waar dit niet kan zullen PBM nodig zijn om de zorg veilig te verlenen.
- In de praktijk blijkt echter dat medewerkers zich zorgen maken omdat het niet altijd even duidelijk is, of vooraf goed in te schatten is of iemand echt niet besmet is. Dit geeft onzekerheid en angst bij medewerkers. Dat begrijp ik.

- Daarom is vanaf 1 mei ruimte gegeven aan professionele zorgverleners om beredeneerd af te wijken van de uitgangspunten en gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen als de specifieke situatie daarom vraagt. Dat is nu expliciet in de RIVM uitgangspunten opgenomen.
- De situaties in de praktijk zijn niet altijd goed te vangen in algemene uitgangspunten. De V&VN heeft daarom samen met een aantal partijen voor de verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten een handreiking opgesteld met handvatten en voorbeelden van situaties waarin PBM nodig kunnen zijn. Die handreiking is op 14 mei gepubliceerd. Daarover is ook met de bonden gesproken.
- De bonden zullen een vergelijkbaar traject doorlopen voor in elk geval professionals in de Wmo ondersteuning (huishoudelijke hulp, dagbesteding/begeleiding en maaltijdondersteuning). Voor deze groep is een reservepakketje beschikbaar voor onverwachte situaties of ingeval van gerede twijfel. Uiteraard dienen er wel voldoende PBM beschikbaar te zijn, inclusief de reservepakketjes. Aanbieders kunnen deze via de normale route bestellen voor hun medewerkers. ZZP-ers kunnen deze reservepakketjes bestellen via de website van Solopartners, de brancheorganisatie voor zelfstandige zorgverleners. Dat geldt dus ook voor PGB gefinancierde formele zorgverleners. Dit is allemaal ingeregeld.

Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen

- Zorginstellingen en andere zorgverleners maken gebruik van eigen reguliere kanalen voor inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen. Indien deze kanalen tekortschieten, kunnen ze inkopen via het LCH. Hiervoor kunnen ze een aanvraag indienen via het webportaal.
- In eerste instantie vond de verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, plaats op basis van de aanname dat corona-patiënten vooral in de acute zorg terecht zouden komen.
- Een deel van de middelen was toen echter ook al beschikbaar de langdurige zorg en voor noodsituaties.
- Naarmate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook medewerkers uit andere sectoren risico's liepen in het geval zij gevraagd werden zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten.
- Daarom is sinds 13 april jl. een nieuw verdeelmodel van kracht. Uitgangspunt van dit model is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Dit verdeelmodel is dus niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, maar gaat uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. En dus ook voor het geval dat zorgprofessionals beredeneerd afwijken van de uitgangspunten.

- Het LCH geeft aan dat er op dit moment voldoende middelen zijn om aan de vraag te kunnen voldoen.
- Het LCH en de ROAZ doen bij het verstrekken van de middelen een check of de aanvraag realistisch is om te voorkomen dat nieuwe tekorten ontstaan.
- Ook blijft gepast gebruik van de middelen zeer belangrijk om te zorgen dat voldoende middelen beschikbaar blijven.

De beschikbaarheid van beschermingsmiddelen voor de zorg

- Voor de uitbraak van COVID-19 werden beschermingsmiddelen als mondmaskers besteld via reguliere leveranciers. Een zorgaanbieder werkte vaak met enkele vaste leveranciers.
- Je mocht er trots op zijn als je over een zeer efficiënt systeem van bevoorrading beschikte.
- Door de wereldwijde uitbraak van COVID-19 staat de wereld van beschermingsmiddelen op z'n kop. Eerst stortte de productie in; vervolgens explodeerde de vraag naar beschermingsmiddelen wereldwijd. Er ontstond schaarste en de markt veranderde in een tafereel dat soms aan het Wilde Westen doet denken.
- Om verzekerd te blijven van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, was het nodig om - naast de inkoop vanuit zorginstellingen via hun reguliere kanalen –, inkoopkracht en expertise te bundelen om (zonder

winstoogmerk) voor Nederland grote hoeveelheden beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen.

- Dat lukt steeds beter. Het LCH is inmiddels erin geslaagd een robuust netwerk op te bouwen met 50 leveranciers.
- Het LCH heeft op deze markt bijna een miljard mondkapjes ingekocht. Dit gaat om zowel chirurgisch en FFP maskers.
- Er is een portal waar inmiddels 5000 zorginstellingen op zijn aangesloten. En het aantal neemt iedere dag toe.
- De voorraad beschermingsmiddelen wordt dagelijks aangevuld. Deze week komen naar verwachting bijvoorbeeld weer ruim 2 miljoen chirurgische maskers en bijna 5 miljoen FFP2 maskers aan in Nederland.
- Het LCH gaat alleen over tot aankoop van middelen als aan de voorkant alles in orde is. Er moeten bijvoorbeeld geldige certificaten zijn.
- Het LCH voert natuurlijk voortdurend gesprekken met de betrokken leveranciers over de kwaliteit van de beschermingsmiddelen.
- De beschermingsmiddelen worden vervolgens zowel in het land van aankoop gecheckt als ook bij aankomst in Nederland. Het RIVM doet dit in een speciaal daarvoor ingerichte kwaliteitsteststraat bij het LCH.
- En ja, dat betekent dat er middelen afvallen die we niet uitleveren aan de zorg. Bij massa productie is het overigens niet vreemd dat er ook een uitvalpercentage is.

- Dat lijkt mij de goede werking van de afspraken: richtlijnen die aangeven wanneer welke beschermingsmiddelen moeten worden gebruikt op basis van het besmettingsrisico. En dan moeten die beschermingsmiddelen ook voldoen aan de eisen.
- Overigens heeft de afkeuring van een groot deel van de mondkapjes bij het LCH te maken met de filterkwaliteit maar voor een ander deel met de fit. Wij bekijken of deze met een gebruiksinstructie toch gebruikt kunnen worden.

- Het LCH heeft op dit moment voldoende beschermingsmiddelen om aan de huidige vraag in de zorg te voldoen. En er komen iedere dag nieuwe spullen bij het LCH binnen.
- Dit neemt niet weg dat het een uitdaging blijft om beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen. Zo is op moment het aanbod van handschoenen wereldwijd veel beperkter dan het was en ook schorten en beschermingsjassen blijven een aandachtspunt. De grondstoffen hiervoor zijn wereldwijd beperkt.
- Je kunt er nog zoveel bestellen, ze moeten wel eerst zijn geproduceerd en naar Nederland worden getransporteerd. Dat betekent dat het LCH haar mogelijkheden voor transport ook breed inzet. Het LCH werkt zowel met vliegtuigen als met treinen en schepen en dat vanuit zoveel mogelijk verschillende locaties. Deze locaties mogen er meer worden. En het LCH wil samenwerken met

leveranciers die werken met aanvoerlijnen uit nieuwe landen.

- Dat brengt mij op de andere vraag: komt het door het LCH dat verpleeghuizen met cowboys in zee moeten?
- Nee is daarop mijn korte antwoord. Verpleeghuizen kunnen inkopen bij de betrouwbare reguliere leveranciers en bij het LCH. Het LCH is niet het probleem, maar is juist deel van de oplossing.
- Helaas zijn er naast deze betrouwbare partijen cowboys op de markt en is het dan ook lastig om het kaf van het koren te scheiden.
- Goed toezicht is daarom belangrijk door de NVWA en de FIOD, net als dat zorginstellingen zelf kritisch zijn op de spullen die ze inkopen. Er zijn zorginstellingen die zelf hun spullen soms testen. Dat helpt. Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.
- Terwijl het LCH volop beschermingsmiddelen naar Nederland haalt ben ik ook het gesprek gestart met zowel reguliere leveranciers als zorgaanbieders over de vraag hoe we ook structureel zorgen dat er voldoende beschermingsmiddelen voor medewerkers in de zorg beschikbaar zijn de komende jaren. Dit gesprek wordt ook in Europees verband gevoerd.
- We weten inmiddels allemaal dat de ontwrichting van de markt voor beschermingsmiddelen niet zomaar overgaat.

We hebben het over een fundamenteel andere situatie op de wereldmarkt dan voor covid. Dit vereist dat we met elkaar om tafel gaan om te bespreken welke rol eenieder kan spelen en welke rol ook vanuit de overheid noodzakelijk is.

- Eén spoor daarbij is in ieder geval meer Nederlandse productie. Inmiddels worden in Nederland FFP-2 maskers, beschermingsbrillen, spatbrillen en beademingsapparaten geproduceerd en ben ik verheugd te kunnen melden dat ik contracten heb gesloten met bedrijven die chirurgische maskers gaan produceren.
- Maar laat ik hier vooral ook onderstrepen dat er los van de bedrijven waarmee EZK en ik in gesprek zijn ook allerlei andere bedrijven zijn die zelf innovatieve initiatieven ontwikkelen rond beschermingsmiddelen. Dat juich ik toe.

Waarom geen preventieve inzet beschermingsmiddelen in de zorg?

- Nu hoor ik ook wel pleidooien dat er chirurgische kapjes moeten worden ingekocht of geproduceerd voor preventief gebruik in de zorg.
- Ik ben hier niet voor.
- Ten eerste niet omdat het – zoals ik hiervoor al aangaf – in de zorg niet nodig is daar waar er geen besmettingsrisico is.
- Maar ook omdat je onnodig nieuwe schaarste creëert. Bij preventief gebruik heb je het uitgaand van ca 20 kapjes

per dag voor 1,2 miljoen zorgverleners over bijna 9 miljard maskers per jaar.

- Dan loopt je het risico dat zorgmedewerkers die ze nodig hebben over voldoende beschermingsmiddelen kunnen beschikken.

Waarom geen chirurgische maskers voor buiten de zorg?

- Dit geldt buiten de zorg al helemaal, het dragen van mondkapjes is niet nodig.
- We weten allemaal dat we 1,5 meter afstand moeten houden, onze handen moeten wassen, drukte moeten vermijden en thuis blijven als we ons niet lekker voelen.
- Dan is er geen vermoeden van besmetting en dan is er ook geen reden om mondkapjes te gebruiken.
- Alleen in het OV hebben we, omdat het soms niet lukt om 1,5 meter afstand te houden, voor alle zekerheid gezegd dat aanvullend op het gedrag waaraan we ons moeten houden (net als in Duitsland en Belgie) niet medische kapjes zullen worden ingezet.
- Een niet-medisch mondkapje draag je niet ter bescherming van jezelf, maar kan bij goed gebruik het risico verkleinen dat druppels uit mond en neus worden verspreid naar de omgeving. Het is geen vervanging van, maar een aanvulling op de geldende hygiëneregels.
- Maar stel je voor dat we wel alle mensen in Nederland een chirurgisch mondmasker zouden dragen, waar hebben we het dan eigenlijk over in getallen?
- Ik hoorde iemand op de radio zeggen dat iedereen in Nederland er 3 per dag nodig zou hebben. Ik vraag me af waar dat op is gebaseerd, maar laten we dat als uitgangspunt voor de som nemen.

- 17 miljoen mensen die elke dag 3 maskers dragen. Dat betekent op jaarbasis ruim 18 miljard kapjes. Ik kan mij niet voorstellen dat dit geen verdringing van voldoende chirurgische maskers voor de zorg oplevert.
- En bovendien een chirurgisch masker kost nu online ca 1. Euro en 18 miljard euro voor niet besmette mensen vind ik veel geld.

Opschalen IC-capaciteit

- Na een piek van het aantal Covid-patiënten op de IC's – tot maximaal 1378 Covid-patiënten begin april – zien we nu gelukkig alweer enkele weken een gestage daling.
- Het is gelukt om de benodigde zorg te bieden: met het nodige kunst- en vliegwerk, een enorme toewijding en inzet van de mensen in de zorg en door dankbaar gebruik te maken van de welwillendheid van Duitse ziekenhuizen om Nederlandse patiënten op te nemen.
- De gevolgen en de impact daarvan waren groot, en zijn dat nog steeds. Voor patiënten, hun naasten, maar ook zeker voor alle zorgprofessionals in de ziekenhuizen. Een volgende piek willen we hoe dan ook voorkomen.
- De (verwachte) bezetting van IC-bedden en de beschikbare buffercapaciteit in de ziekenhuizen is dan ook één van de factoren die meespeelt in de controlestrategie.
- We streven naar een situatie waarin we:
  a. Zoveel mogelijk voorkomen dat (acute) reguliere zorg te veel wordt verdrongen;
  b. Rekening houden met de benodigde IC-capaciteit voor Covid-zorg;
  c. Flexibel kunnen opschalen indien de ontwikkeling van het virus onverhoopt toch weer tot een piekbelasting zou leiden.

- Als we structureel deze situatie willen, dan is het realistisch om naar een hogere capaciteit te gaan dan de huidige 1150 IC-bedden.
- Het streven van het kabinet daarbij bestaat uit drie delen:
    - Het gaat enerzijds om een (flexibel op te schalen) structureel verhoogde capaciteit tot 1700 IC-bedden;
    - Het gaat anderzijds om het uitwerken van een opschalingsplan tot 3000 als een grote piekbelasting zich zou aandienen,
    - Waarbij we in beide gevallen rekening houden met de bestaande samenwerkingsafspraken met Duitsland.

- Inmiddels heb ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de opschaling van IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen, waarin deze drie onderdelen verder worden uitgewerkt.
- Ik realiseer me dat het vergroten van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is en dus tijd vergt, ook om te voorkomen dat dit teveel vergt van zorgprofessionals. Zeker zo vlak na een periode die zeer intens is geweest.
- Juist dit zorgpersoneel is hard nodig en moet goed betrokken worden bij de uitwerking van het plan. Dit vergt een goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan.
- Daarom heb ik het LNAZ ook nadrukkelijk gevraagd om ook de ledenpeilingen van de FMS en V&VN en het advies van *Chief Nursing Officer* (CNO) (10)(2e) (10)(2e) mee te

nemen bij de uitwerking van de opdracht.

- Naar verwachting wordt de Tweede Kamer eind juni geïnformeerd over de specifieke plannen voor de structurele uitbreiding van de IC-capaciteit naar zo'n 1700 bedden. Uiterlijk in september komt het specifieke plan voor de flexibele opschaling tot circa 3000 IC-bedden gereed, waarna de Tweede Kamer over dit deel geïnformeerd wordt.

- Dan nog een ander punt over de IC-capaciteit
- Toen we medio maart met de snelle toename van het aantal patiënten op de IC te maken kregen, ging het debat ook over de vraag wat te doen als er in de Nederlandse ziekenhuizen onvoldoende IC-plekken zouden kunnen zijn. "fase 3".
- Ik heb een draaiboek laten maken voor een last resort opschalingsmogelijkheid. Dat draaiboek heeft u ontvangen. Ook de KNMG en de FMS werken aan een richtlijn voor die situatie.
- Het zal iedereen duidelijk zijn dat het inzetten van een last resort optie heel veel medisch ethische, medisch inhoudelijke en bestuurlijke vragen oproept.
  Dit is een situatie waar we met zijn allen niet in terecht willen komen. En dat onderstreept nog maar eens het belang van de maatregelen die het kabinet neemt en de acties die we inzetten, zoals het eerder genoemde plan om de IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen fors uit te breiden.

Categorieën Mondmaskers

- Medische mondmaskers hanteren we als verzamelnaam voor de maskers die in de zorg worden benut bij zorgverlening aan patiënten. Er zijn twee categorieën mondmaskers te onderscheiden:

Adembeschermingsmaskers

- Ten eerste de adembeschermingsmaskers. Dit zijn de FFP maskers. Deze maskers bevatten een filter dat deeltjes uit de ingeademde lucht filtert. Deze dienen ter bescherming van de zorgverlener.
- Volgens de richtlijnen van het RIVM, is alleen bij hoogrisicohandelingen waarbij aerosolen vrijkomen in de ziekenhuis- en langdurige zorg FFP2 maskers nodig. Denk hierbij aan het uitvoeren van een bronchoscopie of het intuberen van een patiënt.
- Ook in sommige bedrijfsprocessen buiten de zorg in vitale sectoren zijn persoonlijke beschermingsmiddelen in bepaalde gevallen nodig. Denk bijvoorbeeld aan afvalverwerking of de voedingsmiddelenindustrie.
- (Evt: ik kan me voorstellen dat u de term "medisch mondmasker" hier verwarrend vindt. Maar het gaat bij deze bedrijfsprocessen om veel kleinere volumes dan in de zorg).

Chirurgische mondneusmaskers

De tweede categorie zijn de chirurgische mondneusmaskers. Deze beschermen de zorgverlener tegen druppels en spatten (met het virus) van de patiënt. Ook beschermen ze de patiënt tegen overdracht van bacteriën vanuit de zorgverlener. Bijvoorbeeld tijdens een operatie.

- Het RIVM adviseert het gebruik van een chirurgisch masker type IIR in situaties waarin Covid-19 patiënten binnen 1,5 meter worden verzorgd, maar er geen risico is op aerosolvorming.

Gepast gebruik mondmaskers

- Het gebruik van maskers is gekoppeld aan specifieke handelingen en specifieke situaties.
- Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan bijvoorbeeld over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen.
- Zo kunnen FFP2-maskers slechts voor beperkte tijd gedragen worden omdat het voor zorgmedewerkers intensief is. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten om voldoende zuurstof te krijgen. Bij onjuist gebruik kunnen deze FFP2-maskers het risico op besmetting zelfs verhogen.

Mondmasker buiten de zorg

- Het OMT heeft advies gegeven over het gebruik van maskers buiten de zorg.
- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene basisregels zoals thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten, het handhaven van de 1,5 meter afstand tussen mensen en (hand-) hygiëne.
- Essentieel is dat dat waar dit kan ook triage wordt toegepast. Dit houdt in dat voor aanvang van een dienstverlening wordt vastgesteld of de cliënt klachten heeft die passen bij COVID-19 en of de cliënt een huisgenoot heeft met koorts en/of benauwdheidsklachten.
- Het OMT concludeert dat met deze maatregelen persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mondneusmaskers, niet noodzakelijk zijn.

Niet-medische mondneusmaskers in het OV

- In situaties waar triage en 1,5m afstand houden niet mogelijk is, zoals het OV, geeft het OMT aan dat niet-medische mondneusmasker bij juist gebruik kunnen bijdragen aan het voorkomen van de verspreiding van het virus.
- Deze maskers zijn ter bescherming voor de anderen om de reiziger heen en dus niet voor de reiziger zelf.
- Het gaat hier nadrukkelijk om **niet-medische mondneusmaskers.** Medische mondkapjes, die blijven voor de zorg.
- Hoe weet je of je met een masker te maken hebt dat niet eigenlijk voor medische gebruik is bedoeld?
- Deze maskers zijn niet voorzien van een CE-markering - die bestaat namelijk nog niet voor niet medische mondmaskers - of mogen verwijzen naar een norm voor medische hulpmiddelen.
- Ook mogen zij geen naam of naamgeving voeren die de suggestie wekt dat het product een medisch hulpmiddel is. Het moet duidelijk zijn dat het om een mondkapje zonder medische claim gaat.
- De NEN brengt 19 mei een advies uit waar een niet-medisch mondneusmaskers aan moet voldoen en hoe dit masker moet worden gebruikt.
- Ik verwacht overigens dat op korte termijn ook op Europees niveau een specificatie zal worden gepubliceerd.

Fitness/sportscholen

- Het kabinet heeft het spoorboekje gepresenteerd voor de versoepeling van de corona maatregelen
- Het openen van de sportscholen en fitnesscentra per 1 september heeft veel vragen opgeroepen
- Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat we die datum van 1 september niet zo maar gekozen hebben
- We varen daarin op het kompas van de experts in het OMT die aangeven dat eerdere opening van de sportscholen onverantwoord zou zijn, omdat onvoldoende helder is dat dit geen risico's oplevert
- Op basis van dat advies heeft het kabinet de opening van de fitness op 6 mei op 1 september gezet
- Voor de fitnessbranche is dit zeer teleurstellend dat begrijp ik heel goed
- Met de brancheorganisatie van de fitness NLactief heeft minister van Rijn op 12 mei gesproken
- In het gesprek is gesproken over mogelijke aanvullende maatregelen die sportscholen kunnen nemen om het risico op besmetting te verkleinen
- Ideeën daarover leggen we ter beoordeling voor aan het OMT
- Op basis van hun advies kunnen we bekijken of eerdere opening mogelijk is

- Daarbij dient opgemerkt te worden dat fitness niet geïsoleerd van andere zaken beoordeeld wordt, iedere versoepeling moeten we in een totaalbeeld plaatsen, fasering is cruciaal
- Ik heb dan ook met Nlactief besproken hoe we de branche kunnen ondersteunen als het voorlopig als gevolg van het coronavirus nog niet mogelijk is om open te gaan

Achtergrond

Richtlijnen verpleeghuizen doorwerken met klachten en extra besmettingen

- ***Op 27 februari*** is de eerste patiënt in Nederland positief getest op COVID-19. Op dat moment en in de periode daarna was er in Nederland geen sprake van wijdverspreide transmissie van COVID-19. De kans was dus nog klein dat iemand in Nederland in aanraking zou komen met het coronavirus. Het beleid was daarop gebaseerd. Dat gold ook voor zorgmedewerkers. Daarna is het beleid steeds aangepast, afhankelijk van de stand van zaken rond de uitbraak en op basis van de adviezen van het OMT.
- ***Vanaf 2 maart*** gold als beleid voor verpleeghuizen en thuiszorg dat medewerkers die in een gebied met wijdverspreide transmissie zijn geweest, thuisblijven zodra zij zich niet lekker voelen (beginnende verkoudheid, keelpijn of verhoging). Dat gold ook voor vrijwilligers en bezoekers in verpleeghuizen.
- Daarnaast was het belangrijk de hygiëne goed in acht te nemen, dus hoesten of niezen in de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en handen wassen voor en na de verzorging van patiënten.
- ***Op 6 maart*** was het advies van het RIVM aan zorgmedewerkers die in contact waren geweest met een besmette patiënt om bij de geringste klachten van verkoudheid of luchtweginfecties thuis te blijven en contact

op te nemen met de controlerende instantie om zich te laten testen.

- ***Toen het aantal besmette patiënten*** in Brabant toenam werd het advies gegeven voor inwoners van Noord-Brabant om sociale contacten te beperken als zij last hebben van verkoudheid, hoesten en/of koorts. Dit gold ook voor zorgmedewerkers. Deze medewerkers werd gevraagd om bij luchtwegklachten thuis te blijven en contact op te nemen met hun werkgever of zij mochten werken en of er diagnostiek moet worden ingezet.
- ***Op 10 maart*** is de eerste richtlijn voor de inzet van personeel buiten de ziekenhuizen opgesteld en verspreid. In deze fase werd onderscheid gemaakt tussen 2 situaties:

  1. de situatie dat de medewerker in een risicogebied was geweest of direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. In dat geval was het advies om bij verkoudheidklachten of hoesten thuis te blijven in overleg met de werkgever of te testen
  2. de situatie dat de medewerker niet in een risicogebied was geweest of geen direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. Hier was het advies dat men met klachten door kon werken. In deze situatie was de kans groot dat het geen coronabesmetting betrof maar andere luchtwegklachten. Bij koorts gold overigens altijd: stoppen met werken.

- ***Vanaf 20 maart*** golden voor medewerkers in o.a. verpleeghuizen met symptomen van COVID-19 (hoesten en/of neusverkouden en/of koorts) 3 opties:
    - thuisblijven tot 24 uur geheel klachtenvrij
    - persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken zodat de medewerker de patiënt niet besmet
    - medewerker testen.
- ***Vanaf 6 april*** is het testbeleid voor alle zorgmedewerkers verruimd en kan iedereen met lichte klachten zich laten testen.
- ***Per 10 april*** is ook het testbeleid voor bewoners verruimd. Uitgangspunt is dat iedere patiënt met een verdenking op COVID-19 getest wordt, ook als er al 1 of 2 positief geteste patiënten zijn op een afdeling.
- Volgens de richtlijnen is dus behalve in het begin in een specifieke situatie waarin de kans klein werd geacht dat het om COVID-19 ging, ***doorwerken met klachten alleen geadviseerd als er geen koorts was en met gebruik van beschermende middelen***. Ook is testen steeds als mogelijkheid aangegeven.

Q&A Bonden

1. **Q: Hoe kan het dat 6 op de 10 medewerkers in de verpleeghuizen en thuiszorg nog werken zonder persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals blijkt uit enquête van FNV**

- Volgens de richtlijnen van het RIVM is het alleen nodig om beschermende middelen te gebruiken bij verpleging, verzorging of lichamelijk onderzoek bij COVID-19- patiënten of mensen met COVID-19-klachten en het niet mogelijk is om 1,5 meter afstand te houden.

- Het is dus niet nodig *altijd* beschermingsmiddelen te gebruiken zoals door de FNV wordt gesuggereerd. Daarom is het heel belangrijk om voordat de zorg plaats vindt elke keer te checken of een cliënt klachten heeft en of de zorg veilig verleend kan worden (het check-gesprek).

- Dit is niet altijd mogelijk en in de praktijk ook niet altijd van tevoren duidelijk. Daarom is vanaf 1 mei expliciet ruimte gegeven aan professionals om op basis van een professionele inschatting beredeneerd af te kunnen wijken van de algemene uitgangspunten. En dus bij gerede twijfel over de aard van de klachten beschermingsmiddelen te gebruiken. In tegenstelling tot wat FNV beweerd is de RIVM-richtlijn dus wel aangepast.

- V&VN heeft hiervoor in samenwerking met IGJ, Actiz, Zorgthuisnl, VGN en RIVM een handreiking opgesteld met handvatten die op 14 mei is gepubliceerd. Daarover heb ik ook gesproken met de vakbonden. De bonden is gevraagd om een voorstel te doen voor een handreiking voor professionals die Wmo ondersteuning verlenen. Dat heb ik vandaag met de bonden afgesproken.
- Voor deze situaties moeten dus ook voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar zijn.

- Algemeen preventief gebruik van PBM door alle zorgmedewerkers is dus niet nodig en niet wenselijk omdat het ook schijnveiligheid kan geven en dit bijdraagt aan de schaarste die we juist willen voorkomen. Uiteraard zijn wel altijd de algemene hygiënemaatregelen nodig.

Q&As mondkapjes in OV/openbare ruimte

1. **Q: Zijn niet-medische mondkapjes in het OV niet nutteloos tegen het geïnfecteerd raken tegen Corona?**

   - Niet medische mondkapjes bij reizigers zijn niet ter bescherming van de reiziger zelf, maar van anderen om hem of haar heen.
   - Het besluit om dit verplicht te stellen is ter aanvulling op de hygiënische maatregelen waarin de 1,5 meter afstand niet kan worden aangehouden en waar geen check op symptomen plaats kan vinden.
   - Niet-medische mondkapjes beschermen van binnen naar buiten. Zij voorkomen daardoor dat de drager een ander besmet.
   - Werkgevers in het OV zullen professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes gebruiken, waarbij goede aansluiting op de mond, kin en neus vereist is.
   - Omdat in het OV de anderhalve meter niet altijd kan worden gehandhaafd en geen check vooraf mogelijk is, heeft het kabinet besloten mondkapjes te verplichten als extra maatregel bovenop de hygiënemaatregelen.

2. Waarom wil het kabinet geen medische mondkapjes in het OV? //Waarom mogen er alleen 'nepmaskers' worden gebruikt?

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting. Het OMT wijst er ook op het belang van de algemene hygienemaatregelen en stelt dat gebruik van mondkapjes in de openbare ruimte weinig meerwaarde biedt en zelfs naleving van de algemene maatregelen hiervan kan schaden. Daarnaast stelt het OMT dat medische mondmaskers voorbehouden moeten blijven aan de zorg.
- Het OMT heeft wel aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet, met alle mitsen en maren, besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld (evt: waar dit bij contactberoepen wel kan). Voor dit doel is het niet noodzakelijk om medische mondmaskers te gebruiken.Dit is ook vergelijkbaar met maatregelen in de landen om ons heen.
- Door te benadrukken dat het om niet-medische mondkapjes moet gaan kunnen medische mondkapjes voorbehouden

blijven aan de zorg en worden niet de indruk gewekt dat er sprake is van bescherming zoals in een medische setting.

3. Q: Wat heeft het OMT gezegd over niet-medische mondkapjes?

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om en anderhalve meter afstand te houden en vooraf een checkvraag te stellen.

4. Q: Is het niet schijnveiligheid om met een zelfgemaakt mondkapje in het OV te verplichten?

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting.
- Het OMT heeft aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld.

5. Q: Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?

- De NEN, het onafhankelijk kwaliteitsinstituut, heeft aangeboden om aanbevelingen te maken voor specificaties van niet-medische mondkapjes.
- Deze aanbevelingen zijn op 19 mei gepubliceerd.
- Deze richtlijn betreft geen dwingend juridisch kader, maar eerder handvatten voor de markt en voor burgers ten aanzien van een goede kwaliteit niet medische maskers.
- Ik ben er blij mee dat we hiermee meer inzicht krijgen in welke niet medische kapjes allemaal toepasbaar zijn en hoe deze dienen te worden gebruikt. Het is voor Nederland een relatief nieuw product, waarover begrijpelijkerwijs veel vragen leven.
- We hebben vernomen dat de Europese NEN, de CEN, op korte termijn met een Europees document komt met hetzelfde doel.

6. Q: Hoe is de handhaving van het verplicht dragen van niet-medische mondkapjes in het OV geregeld?

- Via de aanwijzing van de minister van VWS aan de voorzitters van de veiligheidsregio's wordt de verplichting voor de niet-medische mondkapjes voor de reizigers in het OV geregeld.
- De verantwoordelijkheid voor de handhaving op mondkapjes in het OV ligt bij de OV bedrijven. Deze zullen reizigers de aanwijzing geven op grond van de wet personenvervoer 2000.
- Wanneer die aanwijzing niet opgevolgd wordt, staat daar een boete tegenover.
- De boete wordt uitgeschreven onder de noemer 'verstoring van de orde in het OV'. En is €95,-.
- Moet de politie aanrukken, is het een overtreding van de noodverordening en is de boete €390,-.

7. Q: Uit onderzoek van RTL Nieuws blijkt dat zelfgemaakte en andere niet-medische mondkapjes wel degelijk helpen om verspreiding van het virus tegen te gaan?

- Ik ben blij om te zien dat de kwaliteit van de commercieel verkrijgbare niet-medische mondkapjes zo hoog ligt.
- Dat ook niet-medische mondkapjes virusdeeltjes goed kunnen tegenhouden en daarmee verspreiding van het virus kan worden voorkomen is bekend.
- Niet-medische mondkapjes moeten goed gebruikt worden om virusverspreiding te voorkomen.
- De filtratie van een mondkapje is belangrijk, maar ook de aansluiting op het gezicht is van belang.
- Daarnaast moet er goede handhygiëne beoefend worden bij het op en afnemen van het masker.
- En blijft staan dat de maskers alleen helpen bij het beschermen van de ander in situaties waar geen check vooraf mogelijk is en de anderhalve meter niet kan worden gehandhaafd.

Q&As mondkpajes LCH

8. **Q: Hoe verdeelt het LCH de schaarse spullen?**

- Bij de uitlevering van producten wordt gebruik gemaakt van een verdeelmodel met daarin een toestemmingstabel en een normering opgesteld door LCH en GGD GHOR Nederland (ism LNAZ) en in samenwerking met Gupta Strategists.
- Dit model is gebaseerd op het verdeelmodel van VWS en wordt gebruikt om de maximale vraag te bepalen aan de hand van een aantal parameters (wel / geen zorg aan verdachte/besmette patiënten, wel/geen risicovolle handelingen, aantal medewerkers, sector, etc).
- Indien de vraag hoger is dan volgens dit model het geval is, dan schaalt het model de vraag terug naar een normvraag (maximale vraag). Bij extreme schaarste maakt het model gebruikt van regiokennis van de PBM coördinatoren in de ROAZ regio's. Indien noodzakelijk neemt LCH contact op met instellingen om verschillen tussen vraag en norm te duiden.
- Het aantal dagen dat wordt uitgeleverd is afhankelijk van de mate van schaarste:
    - groen > 4 weken voorraad = 10 dagen PBM uitleveren aan instellingen;
    - geel > 1 – 4 weken voorraad = 5 dagen PBM uitleveren;

  - oranje is 3 – 7 dagen voorraad = 2 dagen PBM uitleveren;
  - rood < 3 dagen voorraad = 2 dagen PBM uitleveren of gemaximeerd op de aanwezige voorraad.

- De huidige voorraadstand bij LCH zorgt ervoor dat op dit moment alles in de categorie Groen (10 dagen) valt, behalve de handschoenen, hier wordt momenteel een max van 5 dagen gehanteerd (op basis van de huidige voorraad).

9. Q: casussen van mondkapjesaanbiedingen ((10)(2e) etc.)

- Op 22 april heeft minister de Jonge een briefje ontvangen van (10)(2e) (10)(2e) met een mogelijke aanbieding voor mondbescherming.
- De contacten met betreffende persoon liepen al vanaf 19 maart.
- (10)(2e) heeft een aanbieding gedaan van FFP2-maskers met een CE-certificaat van een niet erkende Notified Body.
- Bovendien was dit certificaat opgesteld nadat een eerste afwijzing was verzonden bij gebrek aan documentatie.
- Het bijgevoegde testrapport is afgegeven door een niet geaccrediteerde instelling.
- Ook de aantallen te leveren maskers waren gedurende het proces steeds niet duidelijk.
- Er is om een sample gevraagd. Deze zou zijn verstuurd maar is nooit ontvangen.
- De prijs is 2x zo veel als de gemiddelde maskers die ook nu worden ingekocht en ook binnenkomt.
- Kortom: er is nooit tot aankoop overgegaan.

- Daarnaast speelt ook nog een tweede lead via (10)(2e) (10)(2e)
- Het LCH heeft de betreffende producten ontvangen. Maar een klein deel hiervan is door de kwaliteitscontrole gekomen, het grootste deel is afgewezen vanwege onvoldoende kwaliteit.

- Het LCH heeft veelvuldig contact gehad. Dit heeft nooit tot een deal geleid. Aangezien LCH momenteel voldoende vaste aanbieders en voorraad FFP-2 maskers heeft is het aanbod afgewezen.

10. Q: Hoe kan het dat 10% van de kapjes niet goed is, en wat gaat u hiermee doen?

- Mondkapjes werden voor Corona ingekocht bij reguliere leveranciers zoals 3M. Nu worden ze daarnaast ook ingekocht vanuit onze Nederlandse productie en zoals bij u bekend is vanuit Azië.
- De producten die het LCH inkoopt zijn veelal van de leveranciers uit Azië. Zij controleert op verschillende momenten op kwaliteit. Daarmee zorgt het LCH er voor dat zij de zorg van goede beschermingsmiddelen voorziet. Dat is het goede nieuws.
- Controle, ook in een teststraat van het RIVM, betekent ook dat beschermingsmiddelen worden afgekeurd. Navraag bij het LCH leert dat eind vorige week ongeveer 11% van de maskers die het LCH had ingekocht zijn afgekeurd. Daarnaast wordt er voor een batch van bijna 4 miljoen FFP2 maskers die niet volledig voldoen aan de geclaimde kwaliteit onderzocht of ze met extra toelichting wel kunnen worden benut in de zorg.
- Een veel voorkomende oorzaak is dat de fabrieken, ook de betrouwbare partners, onder flinke druk staan om met stoom en kokend water de mondkapjes te produceren voor de gehele wereldmarkt en daardoor in voorkomende gevallen niet voldoen aan de door ons gestelde (en afgesproken) kwaliteitseisen.

- Ter illustratie: door de enorme druk op grondstoffen wordt soms gekozen voor de inzet van alternatieve materialen. De neusbeugels die normaliter voor mondkapjes worden gebruikt, zouden kunnen zijn vervangen door inferieure materialen, waardoor de fit dermate is aangepast waardoor het niet meer aan onze kwaliteitseisen voldoet. Op dit soort zaken moeten we dus goed controleren.
- Het LCH blijft in gesprek met leveranciers om dit te verbeteren.
- En heeft inmiddels een deel van de afgekeurde maskers al weer teruggestuurd aan de leveranciers.

11. Q: Waarom kunnen de afgekeurde maskers niet ingezet worden in het OV?

- Op het masker zelf staat het beschermingsniveau waar deze niet aan blijkt te voldoen. Daarmee wordt het inzetten van deze maskers risicovol als ze in handen komen van mensen die niet weten dat er sprake is van afgekeurde maskers en zouden ze zelfs in de zorg terug kunnen komen.

12. Q: Hoe kan het zijn dat er zoveel ondeugdelijke mondkapjes naar Nederland komen (verpleeghuizen)?

- Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering zullen er geen problemen zijn met de kwaliteit van deze mondkapjes.
- Helaas zijn er naast deze reguliere partijen ook cowboys op de markt. Bij niet reguliere leveranciers kan het lastig zijn om het kaf van het koren te scheiden
- Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.
- Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.

13. Q: Wat doen we met oplichters

- Zoals eerder is toegelicht door het LCH is er een vechtmarkt voor persoonlijke beschermingsmiddelen ontstaan.
- Oplichters maken daar helaas ook onderdeel van uit.
- De inzet van de NVWA en het FIOD is daarom belangrijk. Zij zien toe op fraude.
- De FIOD is bevoegd voor (opsporing) van financiële fraude.
- De NVWA is toezichthouder voor persoonlijke beschermingsmiddelen bij gebruik door de consument (maskers bij de bouwmarkt) en waren, zoals de zogenaamde niet-medische maskers voor het OV.
- ISZW ziet specifiek erop toe dat zorgmedewerkers en goed beschermd hun werk kunnen doen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de zorgmedewerker over het juiste type mondmasker moet beschikken voor welke handeling hij moet verrichten.
- De IGJ ziet toe op het leveren van goede zorg, waaronder het gebruik van maskers ter bescherming van de patiënt.
- (eventueel: in praktijk leidt dit ertoe dat ISZW gaat over de zogenaamde FFP maskers, en IGJ over de chirurgische mondneusmaskers.)
- (eventueel: Ik ga nu in gesprek met de gezamenlijke toezichthouders over hoe we oplichterij op de markt kunnen aanpakken.)

14. Q: Waarom duurt het al drie maanden voor het hele proces op orde is?

- Het is een enorme prestatie wat het LCH in niet 3 – maar slechts 2 maanden – heeft bewerkstelligd.
- Als ik even met u kan terugblikken:
  - Voor de coronacrisis zorgde elke zorginstelling zelf voor haar eigen inkoop en voorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zorginstellingen hadden hiervoor hun eigen reguliere kanalen van een beperkt aantal leveranciers.
  - Door de coronacrisis ontstond er een vechtmarkt en dreigden er ernstige tekorten in de zorg. Zorginstellingen hadden daardoor moeite om in deze situatie aan voldoende PBM's te komen
  - op **18 maart** komen daarom de inkopers van diverse academische centra, NFU-bestuur en een aantal leveranciers met het idee om het Landelijke Consortium Hulpmiddelen te starten '*Want we zitten allemaal in dezelfde vijver te vissen'*.
  - Op **23 maart** start de inkoop van Persoonlijke beschermingsmiddelen via het LCH. Reguliere leveringen aan zorginstellingen lopen door. Het LCH koopt in wat *extra* nodig is.
- Laat ik hier wel markeren; bij het opstarten van het LCH, was de vraag voor maskers ineens 61 (!) keer groter dan normaal. In totaal zijn inmiddels door het LCH circa 850

miljoen chirurgische mondmaskers en circa 130 miljoen FFP maskers in orders verwerkt.

- Als ik kijk naar de inkoopcijfers van het LCH van **medio mei** dan kan worden gesteld dat er enorm veel wordt ingekocht. Het LCH geeft aan dat zorgverleners zich kunnen melden als zij niet in staat zijn om aan PBM te komen via de reguliere kanalen.
- Aandachtspunt blijft het transport vanuit China als het gaat om bestendige leveranties.
- Daarom zet het LCH in op alternatief transport zoals schepen en treinen en blijft LCH op zoek naar leveranciers en aanvoerroutes uit andere landen.

15. Q: Behandelt u de grote bedrijven wel met gelijke kansen ten opzichte van de het midden-en kleinbedrijf voor productie in Nederland?

- Er zijn de afgelopen maanden ruim 500 voorstellen binnengekomen bij het team dat zich bezighoudt met het beoordelen van voorstellen voor de opstart van productie in Nederland.
- Alle voorstellen worden op gelijke wijze beoordeeld op haalbaarheid, tijdigheid/snelheid van productie en kwaliteit.
- Ik neem hierbij het besluit over de selectie van kansrijke en relevante proposities, daarbij selecteer ik dus niet op de grootte van bedrijven.
- Er is op dit moment sprake van een mix van klein, middelgroot en grote bedrijven die persoonlijke beschermingsmiddelen gaan produceren voor de Nederlands zorg.

16. Q: Deelt u de mening dat er geen tijd verloren mag gaan bij de ontwikkeling van beschermingsmiddelen van eigen bodem door een gebrek aan ondersteuning vanuit de overheid?

- Om de afhankelijkheden van de aanvoer van PBM's vanuit het buitenland te verkleinen, is het opstarten en opschalen van productie in Nederland van groot belang.
- Ik juich het dan ook toe dat er vanuit bedrijven zelf diverse initiatieven zijn gestart.
- In de afgelopen weken heb ik in nauwe samenwerking met het Ministerie van EZK ook een aantal relevante initiatieven in Nederland ondersteund en zal dat ook blijven doen.
- Het kan hierbij gaan om verschillende vormen van steun, bijvoorbeeld een afnamegarantie, diplomatieke steun, advies bij de certificering van producten of bijvoorbeeld ondersteuning in transport.
- Inmiddels zijn er diverse contracten gesloten voor de productie van beschermingsmiddelen met zowel kleine als grote ondernemingen in Nederland, van de juiste kwaliteit, waarmee kan worden voorzien in een deel van de Nederlandse vraag.

17. Q: Waarom laat u geen preventief gebruik toe in de zorg van medische mondmaskers?

- Ik vind het belangrijk dat personeel in de zorg veilig kan werken.
- Er zijn RIVM richtlijnen opgesteld hoe veilig kan worden gewerkt. Zowel binnen als buiten ziekenhuizen. Deze richtlijnen bieden ruimte voor "professional judgement"
- Die richtlijnen zijn waar nodig ook verduidelijkt samen met de werkgevers en werknemers.
- Werkgevers moeten zorgen dat hun medewerkers conform deze richtlijnen kunnen werken.
- Nog steeds is er sprake van een markt voor beschermingsmiddelen die wereldwijd ontwricht is. Daarbij geldt dus dat we zorgvuldig om moeten gaan met beschermingsmiddelen.
- Daarin past niet dat medische beschermingsmiddelen worden gebruikt in die gevallen dat het niet nodig is.
- Het LCH koopt medische maskers in zodat in de extra vraag naar maskers kan worden voorzien.
- Inmiddels heeft het LCH voldoende medische maskers in bestelling om te voorzien in de vraag die zij ontvangt van zorgverleners.

18. Q: Zijn er nu voldoende mondmaskers voor iedereen in alle zorgsectoren?

- Bij het LCH zijn op dit moment 3,5 miljoen FFP mondmaskers op voorraad en 12 mln. chirurgische mondmaskers.
- Met deze voorraad kan het LCH de vraag, die op dit moment via de portal (waarin alle partijen kunnen bestellen) bekend is, aan voor 12 weken als het gaat om FFP maskers en voor 6 weken als het gaat om chirurgische maskers.
- Daarbovenop komen deze week nog meer dan 2 mln. chirurgische maskers en 5 mln. FFP mondmaskers aan in Nederland.
- In totaal zijn inmiddels circa 850 miljoen chirurgische mondmaskers en circa 130 miljoen FFP maskers besteld.
- Het LCH verwacht daarmee te kunnen voorzien in de toekomstige behoefte aan mondmaskers voor de zorg.
- Het LCH is gevormd om in de extra vraag naar PBM's en medische hulpmiddelen te kunnen voorzien. De reguliere kanalen zijn gebleven. Zorgaanbieders maken ook gebruik van deze reguliere kanalen.

19. Q: Wat vindt u ervan dat marktpartijen buiten de zorg medische maskers aanbieden in Nederland?

- Ik vind het prima als marktpartijen medische maskers aanbieden, maar dan wel aan zorgaanbieders. Daarbij is het natuurlijk van belang dat de maskers voldoen aan kwaliteitseisen en er geen woekerprijzen worden gevraagd.
- Zorgaanbieders hebben zelf reguliere leveranciers en hoe meer leveranciers in Nederland hoe meer medische maskers aan zorgaanbieders aanbieden hoe beter.
- Wat het kabinet niet wil is dat medische maskers worden aangeboden voor niet medisch gebruik. Indien nodig spreek ik de betreffende aanbieders hierop aan.

20. Q: Hebben Mediq en OneMed geen voorkeurspositie? Zij weten alles over de leveringen aan Nederland; is dat wel eerlijk?

- Nee, integendeel. Beide bedrijven zijn bereid geweest dit te doen op kostprijsbasis en verdienen hier, conform de doelstelling van de LCH samenwerking, niet aan.
- Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) is een unieke publiek-private samenwerking. Het LCH is opgericht op initiatief van de zorgsector, in samenspraak met het ministerie van VWS.
- Het LCH is een open consortium - Iedereen die kan voldoen aan de voorwaarden van belangeloosheid en die kennis en expertise kan bijdragen kan deelnemen.
- In het LCH werken deskundigen uit de hoek van zorgaanbieders, distributiebedrijven, transporteurs en producenten van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen samen.
- Het LCH bestaat uit personen en niet uit organisaties en instellingen. Wel brengen deze personen in een aantal gevallen netwerken van hun organisatie in, die kunnen bijdragen aan het oplossen van het PBM tekort in de zorg.
- Leveranciers die in 2019 persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg leverden zijn allen benaderd om mee te doen in het consortium.

21. Q: Hoe kan het zo zijn dat er nu te weinig handschoenen zijn en waarom heeft de heer van der Kolk hier niets over heeft gezegd tijdens de technische briefing? Waarom heeft u eerder niet meer besteld?

- Afgelopen weken konden er minder handschoenen uitgeleverd worden dan er werden aangevraagd.
- Een knelpunt is dat voor de productie van medische handschoenen een beperkte beschikbaarheid is van de benodigde grondstof, waardoor de wereldwijde productie niet makkelijk opgeschaald kan worden om in de toegenomen vraag te voorzien.
- Daarnaast blijft het transport ook een uitdaging: de producten worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Het LCH zet ook treinen en schepen in.
- Door het LCH zijn inmiddels ruim 514 miljoen handschoenen besteld, waarvan nu de eerste 6 miljoen net zijn aangekomen.
- Op dit moment heeft het LCH voldoende handschoenen voorraad om aan de huidige vraag uit de zorg te kunnen voldoen. [afgelopen week zijn er 4,1 mln. handschoenen aangevraagd]

22. Q: Waarom zijn er nog steeds onvoldoende isolatiejassen en schorten? Dit duurt nu al weken! U had toch eerder kunnen voorzien dat er besteld moest worden?

- Knelpunt is op dit moment vooral de schaarse grondstoffen. Dit is een mondiaal probleem.
- Ziekenhuizen en zorginstellingen zetten nu zowel in op gebruik van stoffen jassen als ook hergebruik van jassen.
- Daarnaast moeten de producten worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard gaat met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Het LCH zet ook treinen en schepen in.
- Ik kan u melden dat voor dit moment voldoende isolatiejassen beschikbaar zijn.
- Zo heeft het LCH voldoende producten op voorraad om aan de huidige vraag uit de zorg zoals zij deze ontvangt in haar portal te kunnen voldoen.
- Daarnaast heeft het LCH ruim 73 miljoen isolatiejassen en schorten

23. Q: Het LCH moet nog veel meer inkopen want alle andere aanbieders verkopen troep en verpleeghuizen kunnen zelf de kwaliteit van beschermingsmiddelen niet beoordelen of testen.

- Er zijn in Nederland verschillende leveranciers van beschermingsmiddelen. Ik wil niet dat in deze Kamer het beeld ontstaat dat deze geen goede beschermingsmiddelen aanbieden.
- Ik zou het enorm betreuren als zorgaanbieders geen beschermingsmiddelen van hen af zouden nemen want daar zijn die bedrijven juist voor.
- Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering, is geen testprocedure nodig.
- Het LCH is er om te voorzien in de extra vraag die is ontstaan door de COVID uitbraak.
- Alle instellingen uit de cure en de care sector kunnen via de daarvoor beschikbare portals de benodigde producten die door het LCH worden uitgeleverd bestellen.
- Wel is er helaas een bonanza ontstaan op de markt van beschermingsmiddelen. Daar horen cowboys bij. Toezicht door de NVWA, ISZW, IGJ en het FIOD is daarom belangrijk.

- Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.
- Indien wenselijk kan ik daarover informatie met de koepels delen.

24. wat is de laatste stand van zaken m.b.t. de Europese aanbestedingen (joint procurement)?

- Er zijn vier raamwerkovereenkomsten getekend tussen de Europese Commissie en ingeschreven bedrijven: twee voor persoonlijk beschermingsmateriaal, één voor beademingsapparatuur en één voor laboratorium materiaal.
- Lidstaten kunnen vanaf dat moment contact opnemen met het bedrijf en de betreffende producten bestellen.
- Het feit dat besteld kan worden betekent overigens niet dat ook tijdig of überhaupt geleverd kan worden.
- De handschoenen kunnen bijvoorbeeld de komende maanden niet besteld worden vanwege de té grote mondiale vraag.
- Nederland is nu aan het inventariseren waar het mogelijk is om wél producten te bestellen.

25. Q In de media verschenen berichten dat België honderden miljoenen mondmaskers heeft ingekocht. Waarom lukt dat Nederland niet?

- Ook het LCH heeft bestellingen van die omvang geplaatst
- Uit cijfers van het LCH blijkt dat zij de volgende middelen in bestelling heeft:
  - Ruim een miljard medische mondmaskers
  - Half miljard handschoenen
  - 200 miljoen isolatiejassen.

Q&As opschalen IC / reguliere zorg

26. Q: Hoeveel covid-patienten liggen momenteel op de IC's?

De stand van zaken op 19 mei (cijfers LCPS):

- Er zijn 323 Covid-patiënten op IC-bedden in ziekenhuizen.
  - Waarvan 321 in Nederland
  - Waarvan 2 in Duitsland

27. Factsheet IC capaciteit

- De reguliere IC-capaciteit (van voor de Covid-crisis) in de Nederlandse ziekenhuizen is in totaal 1150 bedden.

- Per 5 april 2020 is de IC-capaciteit opgeschaald (geweest) van 1150 naar 2400 beschikbare bedden. Hiervan zijn op het hoogtepunt tot circa 1800 bedden tegelijkertijd bezet geweest, waarvan 1378 met Covid-patiënten.

- Daarnaast is er vanuit Duitsland IC-capaciteit aangeboden (tot maximaal 600 IC-bedden). Op het hoogtepunt waren er 58 Nederlandse patiënten op Duitse IC's opgenomen.

- Sinds medio april daalt het aantal Covid-patiënten op de IC. Stand 19 mei:
  - 321 Covid-patiënten op IC's in Nederlandse ziekenhuizen
  - 2 Covid-patiënten op IC's in Duitse ziekenhuizen

- Er is aan LNAZ een plan gevraagd voor een structureel hogere IC-capaciteit in Nederland, die flexibel opschaalbaar moet zijn. Het gaat om capaciteit van 1700 IC-bedden, opgebouwd uit:
  - 350 IC-bedden voor (non-Covid) acute zorg
  - 550 IC-bedden voor (nog-Covid) reguliere zorg
  - 650 IC-bedden voor Covid-zorg
  - 150 IC-bedden als buffercapaciteit voor onvoorziene omstandigheden

- Er is daarnaast aan LNAZ een plan gevraagd voor een flexibele opschaling van IC-capaciteit vanaf 1700 tot circa 3000 bedden. Dit zal o.a. bestaan uit:
  - 600 IC-bedden in Duitse ziekenhuizen
  - 700 tijdelijke IC-bedden in de ziekenhuizen (op o.a. operatiekamers, IC-boxen etc). Om dit mogelijk te maken, zal reguliere (planbare) zorg moeten worden afgeschaald.

- Als het aantal IC-patiënten boven de 3000 zou komen, is een draaiboek opgesteld voor het inrichten van CABU-voorzieningen (COvid Acute Beademings Unit). Dit is geen (normale) IC-zorg.

28. Q: Gupta cijfers laten zien dat er veel minder hartpatiënten behandeld worden. Wat vindt u daarvan?

- Uit het rapport van Gupta komt naar voren dat mogelijk 150.000 tot 200.000 hartpatiënten dit jaar geen zorg krijgen, wat kan leiden tot vele verloren levensjaren.
- De Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie maakt zich hier zorgen om en dat begrijp ik.
- Daarom is het goed dat de NZa voortvarend aan de slag is gegaan om samen met de ROAZen te werken aan de opschaling van de zorg.
- We zien ook in de laatste cijfers dat de verwijzingen weer goed op gang komen en dat de verwijzingen voor de cardiologie een sneller herstel laten zien dan die voor andere specialismen.
- Het is belangrijk dat dit herstel doorzet en we iedereen weer zo snel mogelijk kunnen helpen, en als dat niet in het ziekenhuis kan, dan op afstand. Daar zijn in de cardiologie mooie voorbeelden van te vinden die nu goed opgepakt worden door de specialisten.
- Daarnaast zijn we bezig met het opschalen van de IC capaciteit. Dat moet er voor zorgen dat als er een tweede piek komt, we niet meteen alle reguliere zorg opnieuw hoeven af te schalen. Zodat we niet nog meer hartpatiënten krijgen die moeten wachten op de juiste zorg.

29. Q: Wat doet de NZa wat betreft het opschalen van de reguliere zorg?

- Veel reguliere zorg is uitgesteld vanwege de corona crisis.
- We willen dat deze zorg zo snel mogelijk weer geleverd gaat worden.
- Het is hierbij wel belangrijk dat er rekening gehouden wordt met drie belangrijke uitgangspunten:
  - Er moet voldoende IC capaciteit blijven
  - Het zorgpersoneel moet verantwoord belast worden
  - Alleen zinnige en gepaste zorg moet uitgevoerd worden, en als dat kan op afstand.
- Ik heb de NZa gevraagd om de regie te voeren. Hun aanpak bestaat uit verschillende onderdelen:
  1. Er is een urgentielijst opgesteld die per specialisme aangeeft welke reguliere zorg als eerste opgestart moet worden.
  2. Ze geven inzicht in het aantal verwijzingen en het productieniveau in ziekenhuizen.
  3. Er wordt een overzicht gemaakt van alle initiatieven, kansen en belemmeringen
  4. Er wordt nadrukkelijk gekeken naar alleen opstarten van zinnige zorg en zorg op de juiste plek (wat kan op afstand gebeurt op afstand)
  5. Samen met oa de Patientenfederatie wordt gewerkt aan een landelijke informatiecampagne.

- Het ROAZ coördineert regionaal de opschaling van de zorg en betrekt hierbij de regionale zorgorganisaties en de zorgverzekeraars. De basishouding is: urgentie gaat vóór productie en samenwerking gaat vóór competitie.
- Naast de opschaling van de reguliere ziekenhuiszorg wordt er ook gewerkt aan de opschaling van de huisartsenzorg, ggz, wijkverpleging, paramedische zorg, mondzorg en revalidatiezorg.
- Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet en zal bij het ROAZ en de NZa blijven informeren over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

30. Q: Naar hoeveel IC capaciteit gaat u structureel opschalen?

- Er zal structureel meer nodig zijn dan de 1150 IC-bedden die er voorafgaand aan de Coronacrisis beschikbaar waren. We willen natuurlijk liever niet dat we die extra capaciteit straks moeten inzetten, maar we willen er wel klaar voor staan als het onverhoopt nodig is.
- Op basis van technische berekeningen van het LPCS en NVIC is de inschatting dat er – in ieder geval totdat er een vaccin beschikbaar is – gemiddeld 650 bedden voor Coronapatiënten nodig zijn.
- Die hoeven overigens zeker niet altijd en in totaliteit operationeel te zijn, maar ze moeten wel heel snel beschikbaar zijn als de vraag naar COVID-19 zorg weer toeneemt. En we zullen natuurlijk al eerder op de rem trappen om zo'n toename van Covid-patiënten op de IC te voorkomen.
- Daarnaast moet ook de reguliere zorg weer worden opgeschaald naar het normale niveau (circa 550 bedden) en moeten circa 350 bedden IC beschikbaar zijn voor de acute zorg.
- Met daarbij nog een kleine buffer van 150 bedden voor onvoorziene omstandigheden komen we daarmee uit op een totaal van structureel 1700 IC-bedden.

- Het moge duidelijk zijn een dergelijke structurele opschaling van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is. Dit vergt veel van mensen en middelen, zeker ook zo vlak na een periode die zeer intens is geweest voor het zorgpersoneel.
- We moeten dit dus goed doordenken en met alle partijen (VenVN, FMS, NVZ, NFU en de ROAZ-en) werken aan een gedragen plan. De LNAZ heeft hiertoe van mij een opdracht ontvangen.

31. Q: Welke zorg mogen paramedische zorgverleners op dit moment bieden?

- Sinds 11 mei geldt voor paramedici:
  - Zorg mag face-to-face worden geleverd als patiënt en behandelaar geen Covid-gerelateerde klachten hebben.
  - Dan zijn geen beschermingsmiddelen nodig. Wel moeten de algemene hygiënevoorschriften worden gevolgd. Het RIVM heeft een afwegingskader met meer details gepubliceerd.
  - Bij patiënten met Covid-gerelateerde klachten moet de zorg nog altijd zoveel mogelijk op afstand plaatsvinden of worden uitgesteld.
  - Als dit niet mogelijk is, moet met persoonlijke beschermingsmiddelen worden gewerkt. Hiervoor geldt de door de RIVM en beroepsgroepen opgestelde richtlijn.

32. Q: Kunnen de medewerkers het wel weer aan om gelijk volle bak door te gaan?

- Er is veel zorgpersoneel ingezet bij de zorg voor COVID-19 patiënten. Hierbij hebben we het over zorgverleners die al op de IC werkten maar ook personeel wat tijdelijk 'geleend' is bij andere afdelingen zoals OK personeel.
- Deze mensen hebben de afgelopen weken heel hard gewerkt en vaak meer diensten gedraaid dan normaal onder emotioneel zware omstandigheden.
- Van deze mensen kan niet onbeperkt zoveel gevraagd worden. We móeten rekening houden met de draagkracht en benodigde rustcapaciteit van verpleegkundigen, artsen en ander personeel.
- Dat betekent dus ook dat niet iedereen meteen volle bak door kan gaan. Dit is ook één van de redenen dat de reguliere zorg nog niet 100% terug is op het oude niveau en dat het tijd vergt om dit weer op te schalen.

33. Q: Wie bepaalt er welke patiënt er nu als eerst aan de beurt is bij het opstarten van de zorg?

- Dat bepaalt de zorgverlener zelf.
- Hij kan hierbij gebruik maken van de urgentielijst van de NZa die is opgesteld in samenwerking met het Zorginstituut en medisch professionals.
- Hierin staat welke zorg als eerste moet worden geleverd en welke zorg nog even kan wachten.
- Dit overzicht biedt handvatten voor zorgverleners;
- Maar in individuele gevallen kan hier altijd vanaf geweken worden als – naar professioneel oordeel van de arts – de zorgvraag van een patiënt daarom vraagt.

34. Q: Legt de urgentielijst niet te veel nadruk op de diagnose in plaats van op de klacht waarmee de patiënt komt?

- De urgentielijst is inderdaad opgesteld op basis van diagnoses.
- Dit zijn vrij brede begrippen. Dat geeft natuurlijk geen ultieme, alles-omvattende manier om alle mogelijke zorg te verdelen, maar het is op dit moment wel de beste manier.
- Het is ook geen wetmatigheid, het biedt de zorgverlener een praktisch handvat.
- Als de zorgverlener bepaalt dat op basis van de klacht van de patiënt afgeweken moet worden van de volgorde op de urgentielijst dan kan dat. Een patiënt kan in individuele gevallen altijd sneller geholpen worden, als de zorgvraag van de patiënt daarom vraagt.
- Dat geldt ook de andere kant op, als een patiënt in een diagnosegroep valt die hoog op de urgentielijst staat, maar de klacht hoeft niet snel behandeld te worden dan is nog even wachten met behandelen in deze tijd ook op zijn plaats

35. Q: Kan iedereen inmiddels weer reguliere zorg verkrijgen?

- Ten eerste wil ik benadrukken dat mensen altijd thuisarts.nl raadplegen of contact opnemen met hun zorgverlener als ze denken zorg nodig te hebben.
- Dan wordt samen met de zorgverlener bepaald of zorg op dat moment nodig is en of dat op afstand geleverd kan worden of op een zorglocatie.
- Gelukkig zien we dat het aantal spoedverwijzingen door de huisarts alweer bijna terug is op het niveau van voor de crisis.
- De zorgverleners doen er alles aan om zo snel mogelijk alle benodigde zorg weer op te schalen. Hier zit zeker een stijgende lijn is maar het zit nog niet op het niveau van voor de uitbraak van het Covid-virus.
- Hierbij moet namelijk rekening worden gehouden met de aanwezigheid van voldoende zorgpersoneel, medicijnen en apparatuur (bijvoorbeeld IC-bedden).
- Het ROAZ helpt bij de opschaling van de zorg door dit regionaal te coördineren. Ook de opgestelde urgentielijst biedt houvast en zorgt ervoor dat er goed gemonitord kan worden, zodat mensen in de ene regio niet veel langer moeten wachten dan de in een andere regio.
- Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet. De NZa informeert mij wekelijks over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

36. Q: Wat is de stand van zaken in de revalidatiezorg?

- Beroepsgroepen zijn hard bezig om de nazorg van patiënten met COVID-19 vorm te geven en te organiseren.
- Inzicht in de zorgbehoefte van de patiënt en capaciteit in de verschillende revalidatietrajecten is hier van groot belang.
- Om de zorgpartijen te ondersteunen onderneem ik een aantal acties:
  - Ik heb ZonMw de opdracht gegeven om de totstandkoming van een multidisciplinaire handreiking voor revalidatie/nazorg voor COVID-patiënten te coördineren en aan te sluiten bij de stappen die veldpartijen zelf al hebben gezet. Uit dit traject moet ook blijken welke patiëntgroepen er zijn en welke zorgbehoefte zij hebben.
  - Ik heb het Zorginstituut om advies gevraagd of de aanspraak in de Zvw voor de eerstelijns paramedische zorg passend is om de revalidatiezorg voor patiënten met COVID-19 op een goede manier te kunnen bieden.
- De NZa onderzoekt of er voldoende capaciteit is voor revalidatiezorg, welke patiëntenstromen (inclusief aantallen) er zijn en of er regie nodig is bij de verdeling hiervan. De NZa doet dit in afstemming met ZonMw.

De IGJ inventariseert de actuele situatie in medisch-specialistische revalidatie-klinieken (MSR). Gekeken wordt naar o.a. de huidige MSR-zorg die wordt geleverd aan post IC COVID-19 patiënten en wat de verwachting is in toestroom van patiënten.

Q&A Sport

37. Q: Als volgende week na het OMT-advies wordt besloten dat de fitness eerder open mag, mag dan ook de binnensport open?

- In de OMT-adviesaanvraag loopt naast fitness en sportscholen ook de binnensport mee. Volgende week wordt dat advies bekend.
- Zodra dat er is, zullen we kijken of dit aanknopingspunten biedt om te besluiten of en zo ja, onder welke voorwaarden, de datum van 1 september naar voren kan.
- Vooruitlopend op dat OMT-advies wil ik daarbij wel vast aangeven dat ik me kan voorstellen dat er een differentiatie plaatsvindt in wat er open kan.
- Stel dat triage een punt wordt, stel ik me zo voor dat dat makkelijker is op sportschoolniveau met abonnementen en een toegangspassyteem dan op sporthalniveau, waar mensen veel vrijer in en uit kunnen lopen.
- Maar zoals gezegd wacht ik het eerst het OMT-advies af.

286993

Factsheet Coronacrisis en betaald voetbal

Kernboodschap	• Het Nederlandse betaald voetbal wordt hard geraakt door de coronacrisis. • Spelers en trainers kunnen niet optimaal trainen, hun conditie op peil houden en wedstrijdritme op doen. • Voetbalfans kunnen niet genieten van de wedstrijden. • Niet spelen of spelen zonder publiek leidt tot forse omzet verliezen waardoor clubs in acute financiële problemen kunnen komen. • Het is in eerste instantie aan de clubs zelf om daar zelf, met gebruikmaking van de beschikbare steunpakketten, oplossingen voor te zoeken. • Maar dat is volgens KNVB, Eredivisie en Keuken Kampioen Divisie, onvoldoende om het betaald voetbal te redden. • Zij zijn een overkoepelend plan aan het ontwikkelen. Daarin wordt ook een financiële bijdrage vanuit de rijksoverheid gevraagd. • Wij zijn daarover met hen in gesprek. • Er moet eerst een goed onderbouwd en doortimmerd plan liggen voordat wij überhaupt iets kunnen beslissen.
Huidig beleid	• Op dit moment kunnen clubs beperkt trainen (onder strikte voorwaarden). Waarschijnlijk duurt dit tot 1 september. • Ook zijn wedstrijden in het betaald voetbal, net als andere grote sportevenementen, verboden. • Betaald voetbal is in veel gemeenten vergunningplichtig. Tot 1 september mogen geen wedstrijden worden gespeeld. Het maakt niet uit of er wel of geen publiek aanwezig is. Na 1 september zouden wedstrijden zonder publiek in principe weer mogelijk zijn. Wanneer en onder welke voorwaarden er weer met publiek kan worden gespeeld, is nog onduidelijk. • De regiegroep Voetbal en Veiligheid is voor de verschillende niveaus afspraken aan het maken en protocollen aan het ontwikkelen. In die regiegroep zitten KNVB, gemeenten, politie en OM. Zij staan in nauw contact met de lokale partijen (clubs, gemeenten, veiligheidsregio).
Feiten&cijfers	De KNVB heeft berekend dat het betaald voetbal ongeveer 400 miljoen schade oploopt als er tot het einde van het jaar niet of nauwelijks met publiek kan worden gespeeld. Ongeveer 300 miljoen kunnen zij waarschijnlijk oplossen met eigen middelen en gebruikmaking van de generieke steunpakketten van de Rijksoverheid en ondersteuning van gemeenten. Echter voor de overige 100 miljoen is dit niet afdoende. Daarvoor willen zij een 'financieel vangnet' van de rijksoverheid. De KNVB laat nog weten welke kosten hier precies onder vallen. Vervolgens moeten we bekijken welke financiële instrumenten hiervoor kunnen worden ingezet. Als dat plaatje compleet is, kan er een politiek besluit worden genomen over het al dan niet verlenen van extra steun voor het betaald voetbal.
Actualiteit/politieke aandachtspunten	• Draagvlak voor het spelen van wedstrijden in het betaald voetbal is groot; echter het draagvlak voor financiele ondersteuning van betaald voetbal clubs ligt een heel stuk lager. Dat is mede ingegeven door het beeld van de hoge salarissen voor spelers en het financiele mismanagement bij veel clubs.

38. Q: Wanneer kunnen de competitiewedstrijden in het betaald voetbal weer starten?

A:

- Zoals het er nu voor staat, kunnen vanaf 1 september weer competitiewedstrijden, zonder publiek, worden gespeeld.
- Echter in welke vorm en onder welke voorwaarden is onderwerp van gesprek in de regiegroep Voetbal en Veiligheid waarin KNVB, OM, politie en gemeenten zitting hebben.
- Hierover kan ik u pas in een later stadium meer vertellen.

39. Q: Het stopzetten van het betaald voetbal leidt tot forse financiële consequenties bij de clubs. Gaat u hen hiervoor steun verlenen?

A:

- Ik ben daar nog over in gesprek met KNVB, Eredivisie en Keukenkampioendivisie.
- Zij moeten met een goed plan komen waarin niet alleen gekeken wordt naar de korte termijn maar ook naar de ontwikkeling van de financiële situatie op de langere termijn.
- Ik wil een goed onderbouwd plaatje van de totale schade die wordt geleden, wat clubs/spelers zelf bijdragen aan de oplossing, wat er kan worden gecompenseerd via de steunpakketten van de Rijksoverheid en gemeenten.
- Als dat beeld compleet is zullen we als kabinet kijken of en zo ja hoe het mogelijk is om nog extra ondersteuning aan de branche te geven.

40. Q: Waarom heeft u het scenario in andere Europese landen niet gevolgd? In een aantal landen worden trainingen voorzichtig weer opgepakt en worden wedstrijden zonder publiek gespeeld.

A:

- De omstandigheden verschillen per land.
- Wij hebben er voor gekozen om de sport te laten aansluiten bij de algemene maatregelen die we hebben moeten nemen om de verspreiding van het corona virus tegen te gaan.
- Daarbinnen kijken we steeds wat mogelijk is om het sporten te hervatten.
- Dat heeft tot dit besluit geleid en daar zullen we het mee moeten doen.

41. Q: Er worden weer seizoenkaarten door de clubs verkocht. Betekent dat er weer met publiek kan worden gevoetbald?

A:

- Nee dat is absoluut niet het geval. En ik denk dat de clubs dat ook duidelijk aan hun fans hebben laten weten.
- Of weer met publiek gespeeld kan worden is afhankelijk van de impact hiervan op de verspreiding van het virus.
- Ik vind het wel slim om de verkoop nu wel te starten. Het laat zien hoe groot de betrokkenheid van fans bij club is en misschien dat hiermee een stukje van de berekende schade kan worden beperkt.

42. Q: Is een contactsport zoals voetbal überhaupt wel mogelijk in een 1,5 meter samenleving?

A:

- Het uitoefenen van een contactsport is alleen mogelijk indien wordt voldaan aan de regels van het RIVM
- Indien de 1,5 meter afstand niet kan worden gerealiseerd zijn er mogelijk andere oplossingen. Hierbij kan o.a. gedacht worden aan het testen van voetbalprofs.
- Maar ook daar zal het RIVM eerst advies over moeten geven.
- De regiegroep Voetbal en veiligheid werkt aan protocollen waar ook dit aspect wordt meegenomen

Q&A Casuïstiek

43. Q: Waarom koopt het LCH de beschermingsmiddelen van (10)(2e) niet?

- Het LCH heeft al sinds de opstart haar oprichting contact met (10)(2e). (10)(2e).
- Het LCH heeft mij laten weten dat (10)(2e). (10)(2e) (geen 1 miljard chirurgische maskers, maar wel) 120 mln. FFP2 maskers heeft aangeboden.
- Net zoals bij alle partijen, kijken we hier goed naar de kwaliteit en benodigde certificaten en geldt de gebruikelijke kwaliteitsprocedure. Ook hierover zijn we continu in overleg met (10)(2e) (10)(2e).
- Er is afgesproken dat hij in ieder geval 40 mln. FFP2 maskers zou leveren aan het LCH. De eerste zending hiervan is onderweg.
- Daarnaast zijn op 15mei jl. chirurgische maskers (3mln) en FFP2 maskers (160K) aangeboden. Het gesprek hierover is nog gaande. De gevraagde prijs van deze maskers is ruim hoger dan waarvoor het LCH deze producten op dit moment in de markt koopt.

44. Q: Er wordt gezegd dat Nederland meer mondkapjes uit China kan halen dan nu gebeurt (Nieuwsuuruitzending – (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)).

- Sinds deze uitzending heeft het LCH weer veel extra ingekocht Inmiddels ruim 842 mln. chirurgische en ruim 126 mln. FFP2 maskers.

Bij doorvragen

- Er zijn verschillende aanbieders van medische beschermingsmiddelen in Nederland. Die leverden ook al aan zorgaanbieders voor de Corona crisis. En die leveringen lopen waar mogelijk ook door.
- Het LCH is er om naast de reguliere inkoopkanalen, beschermingsmiddelen in te kopen die aanvullend nodig zijn in de zorg, als gevolg van de Corona crisis.
- Er lijken nu voldoende medische beschermingsmiddelen voor de zorg handen. Maar voldoende aanvoer en constante kwaliteit blijft een aandachtspunt.
- Ook de grondstoffen voor veel beschermingsmiddelen als mondmaskers en isolatiejassen– meltblown – is vooralsnog maar beperkt beschikbaar is.
- De markt voor beschermingsmiddelen is voorlopig nog ontwricht en we moeten goed voorbereid zijn op een volgende Coronagolf. Kortom: We moeten de situatie van voldoende bestendigen en voorraad opbouwen. Daarover ben ik in gesprek met inkopers en zorgaanbieders.

- Er kunnen nieuwe producenten en aanbieders komen van medische beschermingsmiddelen voor de zorg. Ik kan me daar alles bij voorstellen nu de vraag zo groot is en voorlopig naar verwachting ook blijft. Met name Nederlandse productie juich ik toe.
- Daarbij zeggen wij wel: medische beschermingsmiddelen zijn voor de zorg. Zorg als leverancier dus dat ze daar terecht komen en niet ergens anders en zorg dat ze kwaliteit krijgen.
- En mocht het nodig blijken kan door het LCH nog verder worden opgeschaald en nog meer worden besteld, maar hier blijft gelden wat nu ook al het geval is: het transport en de constante kwaliteit van de bestelde mondkapjes blijven een uitdaging.

45. Q: Waarom organiseert u niet voor alle Nederlanders chirurgische maskers? (suggestie (10)(2e) (10)(2e))

- (10)(2e) suggereert dat er voldoende chirurgische maskers beschikbaar zijn om voor iedereen naar Nederland te halen.
- Dat roept voor mij eerst de vraag op: waarom voor alle Nederlanders mondkapjes?
- Het OMT benadrukt dat het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen, en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Ik kan het niet mooier maken: hier zullen we ons aan moeten houden.
- Verder benadrukt het OMT dat medische mondneusmaskers (dus ook chirurgische) gereserveerd dienen te worden gereserveerd voor gebruik in de zorg conform de vigerende adviezen. Dat vind ik zoals u weet ook heel belangrijk: medewerkers in de zorg moeten beschermd kunnen werken!
- En ja er zijn op dit moment voldoende maskers voor handen om dat te kunnen doen. Daar ben ik blij mee maar we moeten nog wel zorgen dat er ook duurzaam voldoende maskers beschikbaar zijn, ook als er zich weer een volgende Corona golf voordoet. Dat betekent dus bijvoorbeeld dat we aan voldoende voorraden moeten werken.
- Het OMT stelt daarom dat gebruik van niet-medische mondneusmaskers overwogen kan worden in die settings waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

- En laten we ook eens de rekensom doen van voor iedereen in Nederland chirurgische mondkapjes: (10)(2e) (10)(2e) noemde in een radioprogramma dacht ik 3 kapjes per dag per Nederlander. Laat het de helft zijn dan zou je per jaar 9 mld chirurgische maskers nodig hebben. Deze kosten nu online pak 'm beet een euro. Dus 9 miljard euro aan mondkapjes voor in principe niet besmette mensen.
- Laten we alsjeblieft in deze ook economische moeilijke tijden het geld inzetten daar waar het nodig is, bijvoorbeeld voor ondernemers die de afgelopen periode veel omzet hebben moeten derven of bijvoorbeeld aan meer IC-bedden in de zorg en de goed geschoolde zorgmedewerkers die daarbij horen.

46. Q: Waarom heeft u het initiatief van snorkelmaskers afgewezen?

- De maskers zijn een mooi innovatief initiatief.
- Er zijn enkele honderden initiatieven bij mij en mijn collega van EZK en het LCH binnengekomen voor productielijnen in Nederland.
- Ieder initiatief is op inhoudelijke criteria beoordeeld in een periode van 2-3 weken.
- Hierbij is onder meer gekeken naar initiatieven die qua bescherming en qua gebruik zo veel mogelijk aansluiten op reeds gebruikte persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Ook wordt gekeken of een initiatief tijdig gerealiseerd kan worden voor de zorg, maar ook naar de vraag of een product voldoet aan de kwaliteitsnormen en certificeringen.
- Het snorkelmasker is daarbij niet geselecteerd en de betrokken partijen hebben daar begin april reactie op gekregen.
- Niets staat partijen in de weg op het product zelf op de markt te brengen, als het aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet.
- De maskers moeten op dit moment worden gecertificeerd door een notified body, niet door VWS.
- Ik heb de notified body geattendeerd op de maskers. Certificering zal evenwel tijd vragen, juist omdat het zo innovatie is kun je het moeilijk vergelijken met een gelijksoortig product.

Geneesmiddelen

47. Q: Halen nog steeds veel patiënten hun medicijnen niet op bij de apotheek?

- Er zijn geen signalen dat veel patiënten hun geneesmiddelen niet ophalen.
- Sinds de invoering van de verschillende corona-maatregelen zagen apotheken in eerste instantie een piek in het ophalen van medicijnen op basis van herhaalrecepten.
- Deze lijkt inmiddels genormaliseerd en wat betreft herhalingsmedicatie op een gebruikelijk niveau te zitten.
- Het zijn met name de eerste uitgiftes van geneesmiddelen die achterblijven als gevolg van een afname in de reguliere zorg door de COVID maatregelen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

48. Q: Gaat u het preferentiebeleid opheffen om tekorten te voorkomen?

- Nee, het preferentiebeleid is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.
- Wel ben ik met zorgverzekeraars in gesprek op welke manier zij bij hun inkoop rekening houden met veranderende omstandigheden op de wereldmarkt in verband met COVID-19.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

49. Q: Worden tekorten veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland?

- Tekorten worden in het algemeen niet veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland maar zijn een wereldwijd probleem.
- Vaak is er sprake van kortdurende leveringsproblemen die worden veroorzaakt door tijdelijke problemen bij productie of distributie.
- De prijs kan wél een rol spelen op het moment dat de productie weer op gang komt en het schaarse middel weer op de wereldmarkt komt.
- Om die reden is het belangrijk dat zorgverzekeraars vroegtijdig aanpassingen in hun inkoop doen op het moment dat er daadwerkelijk een tekort dreigt.
- Ook kan ik in zo'n specifieke casus dat er schaarste is besluiten om de WGP maximumprijs los te laten voor dat specifieke middel.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

50. Q: Hoe wordt bepaald welke geneesmiddelen gemonitord worden?

- De lijst met geneesmiddelen die gemonitord worden is een risicogerichte lijst. Dat wil zeggen dat dit geneesmiddelen zijn die internationaal of nationaal aangemerkt worden als producten die gevoelig zijn voor het optreden van een tekort.
- Er wordt begonnen met een lijst van 25 middelen in een testfase.
- Deze lijst wordt vervolgens gefaseerd uitgebreid
- Het CBG heeft een centrale rol in de samenstelling van de lijst met input vanuit marktpartijen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

51. Q: 25 middelen monitoren is toch veel te weinig, waarom monitor je niet alle geneesmiddelen?

- In de proefperiode worden 25 middelen gemonitord.
- Vervolgens zal gefaseerd worden uitgebreid naar meer middelen op basis van een risicogerichte lijst.
- In overleg met de marktpartijen is gebleken dat dit het beste uitvoerbaar is.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

52. Q: Waarom werkt het meldpunt tekorten niet goed genoeg om momenteel de tekorten te voorkomen?

- De meldingen bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten blijven een belangrijke pijler van de aanpak. De verplichting om verwachte leveringsonderbrekingen te melden bij het meldpunt door handelsvergunninghouders blijft bestaan.
- De monitor is een aanvullend tijdelijk instrument op het Meldpunt tekorten in deze tijd waarin er sprake is van veel onzekerheden in de productie en distributie van geneesmiddelen.
- Door voor specifieke risicogeneesmiddelen aanvullend preventief te monitoren geeft dit partijen de mogelijkheid om maatregelen te nemen die de situatie van een dreigend tekort kunnen verbeteren.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

53. Q: Hoe organiseert het CBG de monitor?

- De marktpartijen van zowel de vraagkant als de aanbodkant leveren gegevens aan bij een trusted third party.
- Deze gegevens worden doorgeleverd aan het CBG die signaleert of er een discrepantie is tussen hoeveel er van een geneesmiddel gevraagd wordt voor de komende maanden en de beschikbaarheid van een geneesmiddel.
- Wanneer hier een discrepantie wordt gesignaleerd neemt het CBG contact op met de betreffende handelsvergunninghouders zodat preventief maatregelen genomen kunnen worden om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

54. Q: Hoe wordt er omgegaan met acute geneesmiddelentekorten bij COVID medicatie?

- Op dit moment zijn er geen signalen dat er in de komende weken acute, onoplosbare tekorten gaan ontstaan van COVID medicatie, zoals IC geneesmiddelen.
- Desalniettemin vind ik het belangrijk om met partijen wel vast na te denken over de handelingsopties bij eventuele tekorten in de toekomst.
- Onder andere het borgen van een goede verdeling van schaarse geneesmiddelen en het maken van keuzes over alternatieve behandelopties zijn belangrijke aandachtspunten.
- Ik praat daarom de komende weken met veldpartijen over wat we al kunnen regelen en uitdenken om bij acute tekorten snel en efficiënt te kunnen handelen.
- Ik betrek hierbij partijen uit de eerstelijnszorg, langdurige zorg en ziekenhuiszorg.
- *[Eventueel: ik zal uw Kamer informeren over de afspraken die ik met partijen hierover maak].*

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

55. Q: Hoe staat het ervoor met geneesmiddelentekorten?

Algemeen

- Onlangs (6 april 2020) heeft het meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten de rapportage over 2019 van het Meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten bekend gemaakt.
- Gebleken is dat er een verdubbeling heeft plaatsgevonden van het aantal verwachte leveringsproblemen (3070 ten opzichte van 1390 meldingen in 2018).
- Het ging om 1965 verschillende geneesmiddelen.
- Een melding hoeft niet te betekenen dat er daadwerkelijk een tekort ontstaat.

COVID-19

- De geneesmiddelenmarkt is door (de gevolgen van) COVID-19 erg onvoorspelbaar geworden, onder andere door lockdowns en productieonderbrekingen in India en China.
- Het risico op geneesmiddelentekorten neemt daardoor in de komende maanden toe.

286993

- Daarnaast is ook de wereldwijde vraag naar COVID-19 gerelateerde middelen, waaronder IC medicatie, sterk toegenomen.
- Goed inzicht in de voorraden en de (verwachte) vraag zijn cruciaal om op tijd dreigende tekorten te signaleren en preventieve actie te kunnen nemen.
- Sinds enkele weken monitort het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) de voorraden en vraag van de corona-gerelateerde IC-medicatie.
- Daarnaast hebben de partijen in de gehele geneesmiddelenketen[1] ingestemd om ook voor de algemene geneesmiddelenvoorziening een monitor in te richten voor een beperkt aantal geneesmiddelen.
- Het CBG heeft hiervoor een risico gerichte lijst opgesteld.
- Dit gebeurt tijdelijk, namelijk zolang de coronacrisis aanvullende risico's met zich meebrengt, en is op vrijwillige basis.
- Partijen kunnen zo zelf preventief maatregelen nemen om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

[1] De leveranciers van geneesmiddelen (de VIG, BOGIN en GLN), de groothandels (BG Pharma, VES), de Stichting Farmaceutische Kerngetallen, de stichting Dutch Hospital Data (DHD), Farmanco en Farminform.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

56. Q: U communiceert helemaal niks over geneesmiddelentekorten, wat gaat u daar aan doen?

- De afgelopen weken is in de kamerbrieven over de stand van zaken over COVID-19 aandacht geweest voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen.
- Aanvullend op het reguliere meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten van de IGJ en het CBG is sinds enkele weken het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen opgericht om de beschikbaarheid van IC medicatie te monitoren.
- Daarnaast komt er vanaf 7 mei een tijdelijke monitor voor (een deel van) de algemene geneesmiddelenvoorziening.
- Daarnaast zullen we in overleg met partijen vanaf juni concrete afspraken maken om de ijzeren voorraad aan te leggen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

57. Q: Is er sprake van acute tekorten?

- Voor geneesmiddelen waar tekorten dreigen heeft de IGJ een tekortenbesluit gepubliceerd, dat betekent dat deze geneesmiddelen bijvoorbeeld uit het buitenland gehaald mogen worden of dat deze geneesmiddelen onder bepaalde voorwaarden door apothekers mogen worden bereid.
- Op dit moment zijn er geen acute tekorten, dat wil zeggen geneesmiddelen waar geen alternatieven voor beschikbaar zijn bekend.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

58. Q: Wanneer is de IJzeren Voorraad nu eindelijk eens klaar?

- In de kamerbrief van 3 november heeft mijn voorganger aangekondigd dat het aanleggen van een ijzeren voorraad tijd nodig heeft - circa 1,5 tot 2 jaar.
- De uitbraak van het COVID-19 virus heeft tot gevolg dat het aanleggen van de ijzeren voorraad waarschijnlijk meer tijd nodig heeft.
- Begin juni vindt overleg plaats met de werkgroep geneesmiddelentekorten om nadere afspraken te maken over het aanleggen van de ijzeren voorraad.
- Dan is ook het vervolgonderzoek van Gupta Strategists gereed naar de financieringssystematiek van de ijzeren voorraad.
- Een groot deel van de extra kosten zal door de firma's en groothandels zelf worden gedragen.
- Het kabinet investeert 25 miljoen euro per jaar in de ijzeren voorraad voor de periode 2020-2024/2025 (met een oploop in 2020).
- In de zomer zal ik de Kamer nader informeren over de operationalisering van de ijzeren voorraad.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

59. Q: Gaat u meer productie naar Nederland/ Europa halen?

Antwoord

- Eerder was al duidelijk dat de geneesmiddelenketen kwetsbaarder is geworden door het verminderen van het aantal productielocaties en een concentratie daarvan in derde landen (zoals China en India) en de verhoogde vraag op mondiaal niveau naar geneesmiddelen.
- De uitbraak van COVID-19 heeft dit nog duidelijker aangetoond.
- In de motie 25295 (lid (10)(2e) en (10)(2e)) is gevraagd om een voorstel voor versterking en uitbreiding van de productie van geneesmiddelen, vaccins en beschermingsmateriaal, in ons land en in Europa.
- De Kamer zal voor de zomer een eerste voorstel ontvangen over de voorgestelde aanpak.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

60. Q: Krijgen we nog wel alle geneesmiddelen uit andere landen?

- Vanwege de sterke internationale dynamiek, zijn, ondanks alle extra inspanningen, tekorten nooit volledig uit te sluiten.
- Verminderde productiecapaciteit door lockdowns, tekorten aan grondstoffen en logistieke uitdagingen door bijvoorbeeld exportverboden spelen daarin een grote rol.
- Er vindt hierover veel contact plaats op diplomatiek niveau, zowel Europees als bilateraal.
- Kortgeleden heeft de Indiase overheid de export van drie partijen hydroxychloroquine naar Nederland goedgekeurd.
- Dit is mede het resultaat van de goede diplomatieke betrekkingen.

Q&As Donorwet

61. Q: Waarom gaat de Donorwet op 1 juli gewoon in?

- Dit is de datum die sinds het begin van de campagne meer dan 1 jaar geleden overal is genoemd.
- Het huidige register is er bovendien niet op berekend om veel langer dan 1 juli in de lucht te blijven en het nieuwe register – met enkele nieuwe functionaliteiten - kan alleen 'live' gaan als de wet van kracht is.
- Tot slot biedt uitstel ook geen zekerheid omdat het verdere verloop van de crisis lastig valt te voorspellen.

62. Q: Donorwet Waarom kiest u er voor om mensen later aan te schrijven?

- Ik zie en begrijp dat Nederlanders veel bezig zijn met de gevolgen van Corona. Ik wil mensen meer tijd gunnen voor de belangrijke keuze over orgaandonatie.
- Daarom zal ik de brieven aan iedereen boven de 18 jaar die nog geen keuze heeft gemaakt pas vanaf 1 september 2020 versturen.
- Ook neem ik voor dit proces meer tijd. Uiteindelijk zal iedereen medio 2021 in het Donorregister staan, hetzij met een actieve keuze, hetzij onder de vermelding 'geen bezwaar tegen orgaandonatie'.

286993

Internationale vergelijking

COVID-19: mondkapjesbeleid omringende landen (algemeen beeld, stand 29-04-2020 10:40)

BELGIË	**Verplicht** per 4 mei in OV, op school en waar 1,5m onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Overheid verstrekt 1 masker + 2 filters per bewoner. Zelfgemaakte mondkapjes of alternatieve mond-/neusbedekking (bv. sjaal) zijn ook toegestaan. Eerder gaf Belgisch RIVM aan dat mondkapjes niet nodig waren. Onder publieke en politieke druk lijkt men dit advies nu te hebben aangepast, ten einde de stap naar afbouw van maatregelen te bespoedigen.
DENEMARKEN	**Niet verplicht** of aangeraden.
DUITSLAND	**Verplicht** per 27 april in OV, winkels en waar 1,5m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Zelfgemaakte mondkapjes of mond-/neusbedekking (bv. sjaal) toegestaan. Veel discussie over medische onderbouwing van advies. Verplichting vooral gebaseerd op suggestie van WHO dat het kan helpen als onderdeel van breder pallet aan preventiemaatregelen, bij tegengaan besmetting van anderen.
FRANKRIJK	**Verplicht** per 11 mei in OV (incl. taxi's), VO en waar 1,5m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen) Aangeraden in winkels (winkeliers mogen van klanten dragen mondkapjes verlangen). Verboden op kleuterschool. Niet aangeraden op basisschool. Per 30 april opent La Poste een e-commerce-platform voor de verkoop van maskers. Werkgevers moeten personeel maskers verstrekken. Scholen moeten ook leerlingen maskers verstrekken. Sociale diensten verstrekken maskers aan kwetsbaren (bv. daklozen). Er lijkt overeenstemming dat het bedekken van mond en neus in de publieke ruimte, bij kan dragen aan het tegengaan bij verspreiding wanneer beperkende maatregelen worden afgebouwd.
ITALIË	**Verplicht** per 4 mei in OV, winkels en daar waar 1m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Mondmaskers in publieke ruimte wordt vooral gezien als een maatregel die helpt verspreiding tegen te gaan als beperkende maatregelen worden afgbeouwd.
LUXEMBURG	**Verplicht** per 20 april in OV, winkels en waar 2m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Mondkapjes aangeraden op scholen (en verplicht in schoolbus). Regering verstrekt 5 mondkapjes per werknemer (voor bedrijven < 50 werknemers) die 20 april opengaan. Luxemburg-stad verspreidt 5 mondkapjes per inwoner. Werkgevers moeten personeel zo nodig maskers verstrekken.
OOSTENRIJK	**Verplicht**. vanaf 1 mei wanneer alle winkels, inclusief contactberoepen weer open gaan. Gaat overigens niet om medische mondmaskers, maar alles dat je mond bedekt lijkt toegestaan. In OV wordt social distancing (nb is hier 1 meter) afgeschaft, omdat het onhoudbaar is. Ook hier geldt wel mondkapjesplicht. Vanaf 15 mei gaat horeca weer open. Personeel moet mondkapjes dragen. Vanaf 29 mei gaan de hotels, toeristische attracties en zwembaden, met social distancing en mondkapjesplicht. Er is geen discussie over mondkapjesplicht. Mensen lijken al blij genoeg dat alles redelijk terug bij normaal geraakt.
SPANJE	**Verplicht** in situaties waar geen 1,5 meter afstand kan worden gehouden. Men adviseert het gebruik van chirurgische/hygiënische mondkapjes, maar dat is niet verplicht. Lichtere versies mogen ook. Men benadrukt dat mondkapjes niet in plaats komen van de wel bekende regels: 1,5m afstand, handen wassen en bedekken bij hoesten/niesen. De overheid heeft chirurgische mondkapjes gratis uitgedeeld en heeft de prijs wettelijk gereguleerd. De maximale prijs is 0.96 euro per chirurgische mondkapje. Op dit moment er zijn voldoende chirurgische/hygiënische mondkapjes, en bijna iedereen op straat draagt er nu een. Andere soorten mondkapjes (met name FFP2) worden in principe gereserveerd voor gebruik bij essentiële beroepen (maar ze zijn ook te koop en kunnen voor ongeveer 8-10 euro's worden gekocht bij apotheken, etc.).
VK	**Niet verplicht.** In Schotland wel geadviseerd. Johnson geeft wel aan dat gebruik in publieke ruimte

286993

	mogelijk kan helpen bij bespeodigen van afbouw beperkende maatregelen. Daar kwam weer kritiek op vanuit de medische wereld.
ZWEDEN	**Niet verplicht** of aangeraden
ZWITSERLAND	**Niet verplicht** of aangeraden. Zwitserland volgt vooralsnog het advies van de WHO, al neemt de kritiek hierop toe nu de buurlanden wel tot verplichting overgaan.
VS	Verplichting verschilt per staat. Mogelijk volgt verplichting in bepaalde situaties, wanneer de lock down wordt teruggeschroefd. Vooralsnog adviseert het CDC het gebruik van mondkapjes in de publieke ruimte, maar het mag hierbij ook gaan om 'stoffen gezichtsbedekking'. Daarbij geeft men aan dat: - Iedereen wordt geadviseerd gezichtsbedekking te dragen als ze naar openbare plekken gaan waar het moeilijk is om afstand te houden, bijvoorbeeld om naar de supermarkt te gaan. - Gezichtsbedekking hoeft niet te worden gedragen door kinderen jonger dan 2 jaar, mensen die moeite hebben met ademhalen, bewusteloos of anderszins niet in staat zijn om het masker zonder hulp te verwijderen. - De gezichtsbedekking is bedoeld om andere mensen te beschermen als u besmet bent. - Gebruik geen gezichtsmaskers die zijn bedoeld voor een zorgverlener. - Hou ongeveer 6 ft (ongeveer 1,8m) afstand tussen uzelf en anderen. De gezichtsbedekking is geen vervanging voor andere maatregelen. - Het CDC geeft aan dat uit recente onderzoeken blijkt dat een aanzienlijk deel van de personen met het coronavirus, geen symptomen heeft ("asymptomatisch") en dat zelfs degenen die uiteindelijk symptomen ontwikkelen ("presymptomatisch"), het virus op anderen kunnen overdragen voordat ze symptomen vertonen. Dit betekent dat het virus zich kan verspreiden tussen mensen die in de buurt met elkaar omgaan - bijvoorbeeld praten, hoesten of niezen - zelfs als die mensen geen symptomen vertonen. Daarom adviseert het CDC om gezichtsbedekkingen van stof te dragen in openbare omgevingen waar andere sociale afstandsmaatregelen moeilijk te handhaven zijn (bijvoorbeeld supermarkten en apotheken), vooral in gebieden waar veel besmettingen voor komen. Het CDC adviseert deze maatregel om de verspreiding van het virus te vertragen. Als extra vrijwillige maatregel voor de volksgezondheid kunnen stoffen gezichtsbedekkingen worden gebruikt die zijn gemaakt van huishoudelijke artikelen of die thuis zijn gemaakt van gewone materialen tegen lage kosten. De aanbevolen bekledingen van stoffen zijn geen chirurgische maskers of N-95-maskers. Dat zijn cruciale benodigdheden die gereserveerd moeten blijven voor gezondheidswerkers en andere medische eerstehulpverleners, zoals aanbevolen door de CDC-richtlijnen

286994

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

Directeur-Generaal Curatieve Zorg
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Ontworpen door
(10)(2e)
(10)(2e) DGCZ

M +31(0)6- (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
15 mei 2020

nota

(ter informatie) Update Corona DGCZ 15 mei 2020

Paraaf directeur Paraaf DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

Hierbij ontvangt u de informatie set van vrijdag 15 mei met alle actuele informatie op onderwerpen en actielijnen waar u verantwoordelijk voor bent tijdens de Corona crisis. Deze set bevat alleen onderdelen waarop nieuws is of een update kan worden gegeven op de cijfers.

2 Onderwerpen update 15 mei

Hieronder vindt u de updates op de volgende onderwerpen:

1. Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen
2. IC capaciteit
3. Productie in Nederland
4. Geneesmiddelen
5. Internationale ontwikkelingen
6. Financiële gevolgen corona Zvw

(10)(2e)
(10)(2e)
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

1. Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen
Stand 15 mei 2020

- Stand van zaken LCH;
  De laatste inkoopcijfers van het LCH dateren van dinsdag 12 mei en zijn bijgevoegd (zie bijlage). De nieuwe cijfers van het LCH worden zaterdag 16 mei verwacht en apart naar u verstuurd.

  Op woensdag 13 mei heeft een overleg plaatsgevonden bij het LCH en de betrokken partijen, waarvoor VWS was uitgenodigd. Hierbij is gesproken over de noodzaak zorg te dragen voor structureel voldoende beschermingsmiddelen voordat het LCH kan worden beëindigd. Zo is gesproken over het beter in beeld krijgen van de totale vraag en een ijzeren voorraad. Ook hebben marktpartijen aan de orde gesteld dat de huidige prijssetting van het LCH marktverstorend werkt. Er is besloten een de genoemde onderwerpen in kleine werkgroepen verder uit te werken. A.s. dinsdag zal er een gesprek plaatsvinden met de NFU en NVZ over de beschikbare voorraden bij zorginstellingen en de transparantie die hierin is gewenst.

  Het LCH onderzoekt momenteel hoe het beste geanticipeerd kan worden op voldoende beschikbaarheid van voldoende OK-materialen nu planbare zorg weer op gang komt.

- Gepast gebruik PBM:
  Het RIVM heeft richtlijnen opgesteld voor gepast gebruik van isolatiejassen/ schorten, brillen en handschoenen. Deze informatie is gebundeld in een factsheet over gepast gebruik van mondmakers, isolatiejassen, brillen en handschoenen. De factsheet is inmiddels online geplaatst.

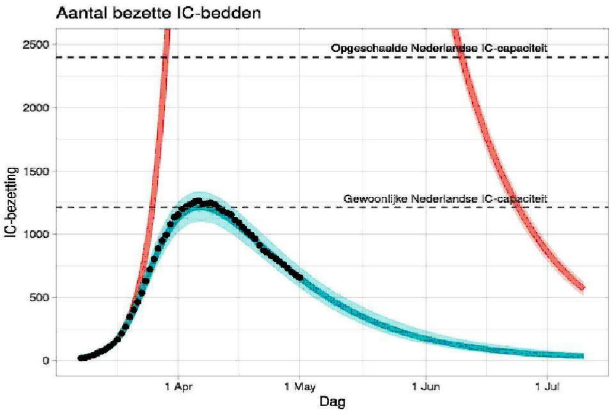
- Kwaliteit community masks (PG):
  De eerste media, zoals RTL, hebben diverse niet medische-mondkapjes getest op kwaliteit. Hiervoor hebben zij gebruik gemaakt van de testen bedoeld voor FFP-maskers. RTL lijkt te concluderen dat het masker dat zij gemaakt hebben op basis van de handreiking op RO.nl, niet voldoende lijken te filteren in vergelijking met het advies wat de Belgische overheid heeft gegeven. Echter, een masker filtert zo goed als de stof die daarvoor wordt gebruikt. Woordvoering neemt contact op met RTL.

(10)(2e)
(10)(2e)
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

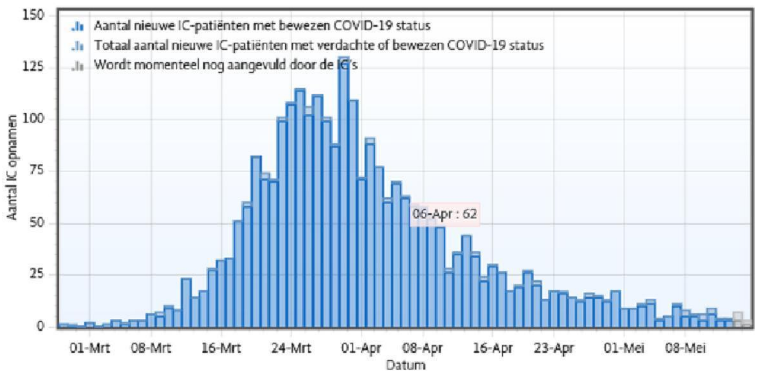
2. IC capaciteit
Stand van zaken – vrijdag 15 mei 17.00 uur

A. *Prognose RIVM (d.d. 7 mei, t.b.v. technische briefing)*



- NB: Betreft prognose RIVM d.d. 07-05-2020 (geen actuelere prognose beschikbaar)
- NB: Het OMT-advies van 04-05-2020 geeft een verwachting van minder dan 500 COVID IC-bedden rond 11 mei 2020.
-

B. *Bezetting IC-bedden in Nederlandse ziekenhuizen (d.d. 15 mei, 17.00 uur)*



- NB: Cijfers LCPS – beeld 14 mei (geen actuelere cijfers beschikbaar):
  - 432 Covid IC-opnames
  - Daarvan 429 in Nederland

- Daarvan 3 in Duitsland
- 1286 Covid-opnames op klinische bedden

(10)(2e)
(10)(2e)
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

3. Productie in NL

- Mondkapjes;
  Naar verwachting zal vrijdag 15 mei het contract met de Mondkapjesfabriek worden ondertekend voor de productie van chirurgische mondkapjes ((10)(2e) (10)(2e)). Het gaat om 48mln. stuks over een periode van 12 maanden. De Mondkapjesfabriek kan naar verwachting binnen twee weken starten met productie.

  Ook wordt gesproken met VMI over de productie van chirurgische mondkapjes. Het gaat om 60 mln. stuks. Deze gesprekken bevinden zich in de afrondende fase.

  Begin volgende week zal er naar verwachting een contract worden gesloten met Medprotex, voor de productie van 40mln. chirurgische mondkapjes.

  Met de drie FFP2 fabrikanten (Auping, AFPRO, SION), wordt de komende week overlegd over de mogelijkheid om de productie op te schalen en te verlengen. Dit zal deels afhangen van de beschikbaarheid van grondstoffen.

- Isolatiejassen;
  Er lopen diverse gesprekken voor de productie van isolatiejassen, maar daar is nog niet veel voortgang op geboekt. Eind volgende week zal een beslisnota aan u worden voorgelegd.

- Desinfectantia;
  DSM heeft ons gemeld dat zij de extra productie van desinfectantia hebben afgerond. Het gaat om 260.000 liter, een hoeveelheid die voldoende is voor circa een maand voor gebruik in de zorg. De reguliere productie bij andere fabrikanten zal naar verwachting voldoende zijn voor de komende periode.

4. Actualiteiten op beschikbaarheid van geneesmiddelen

- De voorraden IC middelen staan nog steeds op groen. Dat de voorraad op groen staat wordt inmiddels ook door het LCG gemeld in hun dagelijkse nieuwsbrief. Het laatste overzicht van het LCG is bijgevoegd.
- Voor het gebruik van het middel remdesivir bij coronabehandelingen verwachten we elk moment positieve opinie van de EMA. Dat betekent echter nog niet direct dat het middel dan beschikbaar is. Het is nog niet duidelijk welke prijs er gevraagd gaat worden en ook is nog niet duidelijk op welke termijn er voldoende beschikbaar gaat zijn voor wereldwijde distributie. Naar verwachting zal de VS eerst aan de beurt zijn en er zijn ook al een aantal licenties aan Indiase leveranciers afgegeven. Wat dit betekent voor nederland is nog onbekend maar we houden dit nauwlettend in de gaten en zullen, indien mogelijk, maandag een passage aanleveren hierover voor de volgende TKbrief.

5. Internationale ontwikkelingen

286994

Mondmaskers Europese Commissie (EC)

- De EC heeft mondmaskers afkomstig uit China gekocht en deze verdeeld over de lidstaten. Nederland heeft de FFP-2 mondmaskers, 54.000 stuks, deze week ontvangen. Deze bleken bij kwaliteitscontrole in Vianen niet op orde. Deze afgekeurde mondmaskers lijken vooralsnog niet elders inzetbaar. Afstemming met u nav berichtlezing loopt.

Kabinetsreactie AIV-advies

- De adviesraad voor Internationale vraagstukken heeft geadviseerd om 1 miljard uit te trekken voor de Covid-respons in ontwikkelingslanden. Minister Kaag heeft hiervoor steun gezocht bij VWS (mvws). Wij hebben aangegeven ons wat voor te kunnen stellen bij een extra bijdrage voor bijvoorbeeld toegang tot geneesmiddelen en vaccins voor Covid in ontwikkelingslanden. Dat is ook een Nederlands belang. Het voorstel vanuit BZ voorziet nu in een voorgestelde bijdrage daarvoor van 100 miljoen. Tegelijk is de rest van het voorgestelde pakket heel erg breed. Zodra het voorstel er ligt krijgt u een advies hierover.

World Health Assembly

- Komende week is de jaarvergadering van de WHO (online). Deze staat volledig in het teken van Covid. Zorg bestaat dat de vergadering gekaapt zal worden door de vete tussen de VS en China en dat er (te) weinig zal komen van gezamenlijke afspraken.

EU Toerisme pakket

- De EU heeft deze week haar pakket voor transport en toerisme gepresenteerd. Hierin komt de Commissie met handvatten hoe Europa weer enigszins te openen voor o.a. toerisme. Dit zal in het kabinet nog tot veel discussie leiden, waarbij VWS tegenover EZK/BZ zal staan. Belangrijk is ook dat landen zo veel mogelijk een lijn gaan trekken. Deze discussie ligt nu nog vooral bij MVWS, maar ook u ontvangt hierover nog nader advies.

6. Financiële gevolgen corona Zvw

1. Het loket om een contininuiteitsbijdrage aan te vragen is vanaf vrijdag 15 mei geopend. Vanaf de volgende data kunnen aanvragen worden ingediend:

- vanaf 15 mei: fysiotherapie;
- vanaf 18 mei: mondzorg, eerstelijns laboratoria, kraamzorg, oefentherapie, ergotherapie, wijkverpleging, zittend ziekenvervoer en zelfstandige behandelcentra in de medisch specialistische zorg;
- vanaf 20 mei: alle overige zorgaanbieders die onder de regeling vallen.

  Op de website van ZN staat de procedure en een toelichting (*https://www.zn.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=4920016896*). Deze regeling geldt voor aanbieders met een omzet tot 10 mln euro. Voor grotere aanbieders gaan verzekeraars maatwerkafspraken maken met desbetreffende instellingen.

2. Voor de ggz-sector treffen zorgverzekeraars een aparte maar met de continuiteitsbijdrage vergelijkbare regeling. De reden dat er een aparte regeling wordt getroffen heeft te maken met de declaratiesystematiek in de ggz. De huidige regeling is gebaseerd op een declaratiepatroon van consulten of

286994

vergelijkbare kortdurende prestaties. In de ggz wordt gewerkt met dbc's en gb ggz producten die een lange doorlooptijd (tot maximaal 12 maanden) kennen. Als de huidige continuïteitsbijdrage-regeling op ggz-aanbieders van toepassing zou zijn, krijgen ggz-aanbieders niet de bijdragen waar de regeling voor bedoeld is. Zorgverzekeraars willen dat voorkomen. Voor de ggz wordt daarom gewerkt aan een aangepaste regeling voor de continuïteitsbijdrage, die rekening houdt met de trajectbekostiging in de ggz.

286995

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

Directeur-Generaal Curatieve Zorg
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Ontworpen door
(10)(2e)
(10)(2e) *DGCZ*

M +31(0)6- (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
8 mei 2020

nota

(ter informatie) Update Corona DGCZ 8 mei 2020

Paraaf directeur Paraaf DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

Hierbij ontvangt u de informatie set van vrijdag 8 mei met alle actuele informatie op onderwerpen en actielijnen waar u verantwoordelijk voor bent tijdens de Corona crisis. Deze set bevat alleen onderdelen waarop nieuws is of een update kan worden gegeven op de cijfers.

2 Onderwerpen update 8 mei

Hieronder vindt u de updates op de volgende onderwerpen:

1. Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen
2. IC capaciteit
3. Productie in Nederland
4. Geneesmiddelen
5. Internationale ontwikkelingen
6. Financiële gevolgen corona Zvw

(10)(2e)
(10)(2e)
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

1. Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen
Stand 8 mei 2020

- Stand van zaken LCH: De laatste inkoopcijfers van het LCH dateren van vrijdag 1 mei (in uw vorige informatieset). (10)(2e) (10)(2e) zal u per mail de nieuwe cijfers van het LCH sturen.

- Brief ter informatie aan koepels uit de zorg: De brief aan de koepels van de langdurige zorg over de beschikbaarheid en inkoop van het LCH van persoonlijke beschermingsmiddelen is op 5 mei verzonden.

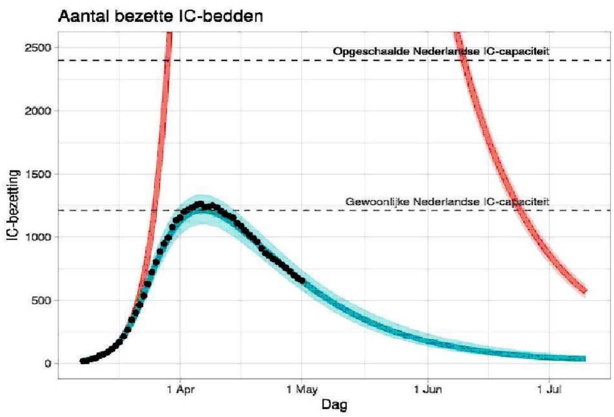
- Verklaringsbrief: Op vrijdag 1 mei is de zogeheten verklaringsbrief aan de betreffende departementen gestuurd namens waarnemend DGCZ. Hierin wordt o.a. aangegeven dat reguliere leveringen van persoonlijke beschermingsmiddelen buiten de zorg noodzakelijk blijven. Essentiële processen binnen andere vitale sectoren dan de gezondheidszorg moeten doorgang kunnen vinden.

- Gepast gebruik PBM: Op vrijdag 8 mei is een gebundelde factsheet over gepast gebruik van mondmaskers, isolatiejassen, brillen en handschoenen conform RIVM richtlijnen gepubliceerd.

2. IC capaciteit
Stand van zaken – vrijdag 8 mei 12.00 uur

In de bijlage vindt u ook ter informatie het eerste verslag van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (d.d. 30 april).

A. Prognose RIVM (d.d. 7 mei, t.b.v. technische briefing)



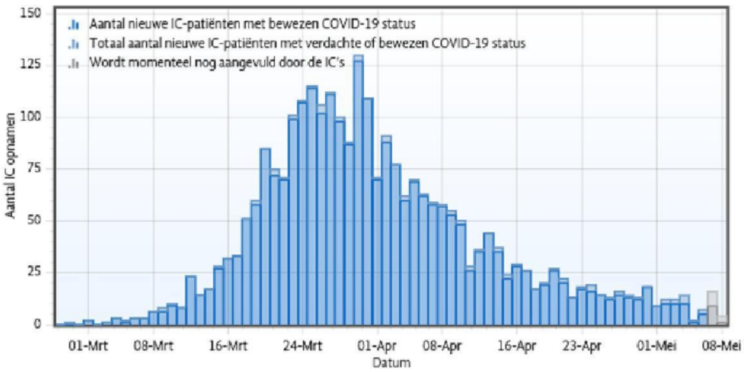
- NB: Betreft prognose RIVM d.d. 07-05-2020.
- NB: Het OMT-advies van 04-05-2020 geeft een verwachting van minder dan 500 COVID IC-bedden rond 11 mei 2020.

286995

(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e)
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

B. Bezetting IC-bedden in Nederlandse ziekenhuizen (d.d. 8 mei, 12.00 uur)



NB: Cijfers LCPS – beeld 7 mei (geen actuelere cijfers beschikbaar):

- 584 Covid IC-opnames; 42 minder dan op 6 mei
- Daarvan 566 in Nederland; 39 minder dan op 6 mei
- Daarvan 18 in Duitsland; 3 minder dan op 6 mei (terugplaatsingen)
- 1286 Covid-opnames op klinische bedden

3. Productie in NL

In uw weekendtas vindt u een nota GMT met de laatste stand van zaken over de productie in Nederland: Productie NL in het kader van Covid-19 – analyse, status en vervolg.

4. Actualiteiten op beschikbaarheid van geneesmiddelen

In bijlage de het meest recente overzicht voorraden IC geneesmiddelen. Eerder deze week heeft u een nota ontvangen over de algehele geneesmiddelenvoorraad, in uw reactie heeft u aangegeven dat u graag de bijlage in de weekendstukken wilt ontvangen, deze vindt u ook in de bijlage.

- De voorraad COVID IC geneesmiddelen staat nog steeds op groen, er is voorlopig genoeg voorraad. Er is een toename in het aantal bezette bedden ten opzichte van de vorige rapportage, daarom is er een lichte daling in het aantal dagen voorraad, dat zijn de rode cijfers. Als je kijkt naar de voorraad in een situatie dat er 1800 bedden bezet zijn, dan is er voor veel minder geneesmiddelen een daling te zijn en soms zelfs een stijging.
- Per mail heeft u van (10)(2e) GMT, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) informatie ontvangen over de vrijgave van hydroxychloroquine in India. Hieronder vindt u weer de informatie uit zijn mail:

Hierbij op hoofdlijn even een schets wat er speelde. Aangezien veel collega's vandaag een broodnodige vrije dag hebben beschik ik op dit moment niet over alle details maar kunnen we je maandag wel verder informeren indien nodig.

(10)(2e)
(10)(2e)
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

De bestellingen van hydroxychloroquine zijn al enige tijd geleden gedaan door enkele in Nederland gevestigde bedrijven (Focuscare, Teva en Centrafarm). Niet specifiek voor COVID-19. Hydroxychloroquine is primair op de markt voor andere indicaties (reuma, Lupus en malaria) dus het betrof reguliere bestellingen van reguliere leveranciers. Het is dus ook geen aanschaf van de overheid zelf.

De volumes hydroxychloroquine waren ook al voor NL bestemd en/of stonden ook al klaar om uitgeleverd te worden maar het exportverbod van de Indiase overheid gooide roet in het eten. Hydroxychloroquine stond op de lijst van geneesmiddelen waarvoor India een exportverbod instelde.
Bedrijven probeerden natuurlijk ook zelf om die partijen vrij te krijgen en op transport naar NL te krijgen. Bedrijven hebben VWS benaderd of we konden helpen.

VWS heeft onze attaché (10)(2e) (10)(2e) en anderen op ambassade/consulaat India ingeschakeld. Waarschijnlijk mbv diverse andere collega's ook vanuit de ambassade/consulaat daar ter plekke is uiteindelijk voor elkaar gekregen dat de Indiase overheid deze partijen heeft vrijgegeven voor transport. Op 4 mei meldde (10)(2e) (10)(2e) ons "We zijn al weken bezig dit, tegen het algemene exportverbod in, voor elkaar te boksen, net zoals vele EU-collega's. Het besluit om toch export toe te staan is genomen op basis van meer overwegingen dan alleen beschikbaarheid (tbv de Indiase markt/bevolking, waar het profylactisch voorgeschreven wordt voor zorgpersoneel)."

Ook de aanhoudende diplomatieke druk vanuit de EU om India te bewegen haar exportverbod op te heffen speelt op de achtergrond mee.

Of de partijen inmiddels ook fysiek in NL gearriveerd zijn kon (10)(2e) niet zeggen.

5. Internationale ontwikkelingen

MP Rutte heeft aankomende maandag een telecall met de president van Costa Rica (op initiatief Costa Rica) over steunverzoek van Costa Rica aan Nl m.b.t. het opzetten van een 'patent pool' voor onderzoek naar vaccin Corona. Het steunverzoek van Costa Rica aan MP en de 'call to action' vindt u in de bijlage.

Het voorstel van Costa Rica bevat nogal wat haken en ogen en is nog in beweging. Costa Rica -voorstel is gisteren in het debat ook aan de orde geweest. AZ heeft VWS vrijdag ochtend om gespreksnotitie gevraagd ter voorbereiding van deze call, deze vindt u ook in de bijlage.

De bijgevoegde gespreksnotitie is op medewerkersniveau afgestemd met GMT en met EZK en BZ.

6. Financiële gevolgen corona Zvw
Stand 8 mei 2020

- De afgelopen periode is een aantal brieven en signalen van met name vertegenwoordigers van zorgaanbieders binnengekomen waarin zij hun zorgen uiten over de administratieve lasten die in potentie voortvloeien uit de verantwoordingseisen samenhangend met de financiële regelingen ter compensatie van extra kosten en inkomstenderving als gevolg van de coronacrisis. Een veel gehoorde zorg is dat de regelingen en de

286995

verantwoording per domein worden uitgewerkt, wat voor aanbieders die met meerdere financiers te maken hebben potentieel en ook nu al in de praktijk tot veel rompslomp leidt. Bovendien zijn het tot nu toe vooral de systeempartijen die de uitwerking van de verantwoording ter hand hebben genomen en was de betrokkenheid van aanbieders tot op heden nog beperkt.

(10)(2e)
(10)(2e)
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

- Dit was aanleiding om op 7 mei een breed overleg te organiseren met uit elk van de domeinen (Wlz, Zvw, sociaal domein) vertegenwoordigers van de financiers, aanbieders en de systeempartijen alsook accountants en financials. Insteek was om te polsen hoe de aanbieders aankijken tegen wat er al is uitgewerkt aan verantwoordingsregimes en welke aandachtspunten zij voor de verdere uitwerking zien, en om concrete vervolgafspraken te maken onder andere over hun betrokkenheid bij het vervolg. Dit overleg verliep constructief en partijen waarderen het dat VWS hiertoe het initiatief heeft genomen. Over enkele weken praten we in dezelfde samenstelling verder over het huiswerk dat in de tussentijd wordt uitgewerkt, o.a. een set algemene uitgangspunten/principes die voor de verantwoording in alle domeinen kunnen gelden, opdat die zo uniform mogelijk wordt en we zo een optimale balans vinden tussen een rechtmatige uitvoering van de regelingen en beperkte administratieve lasten.

- Naar aanleiding van de brief die de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft verstuurd aan de Tweede Kamer inzake financiën Corona heeft de directie PZo met (10)(2e) (10)(2e) (NVZ) gebeld. Hieronder vindt u een kopie van de terugkoppeling van PZo die zij hebben verstuurd aan de DGCZ. In de bijlage vindt u ook een kopie van de Q&A die voor het debat over NVZ was opgesteld.

Net (10)(2e) (10)(2e) (NVZ) gesproken over hun brief aan de TK inzake financiën Corona. Hem gevraagd wat de achtergrond was en hij gaf aan drie redenen te hebben voor het versturen van deze brief:

1. Afgelopen weekend is een delegatie van Kamerleden in het (10)(2g) ziekenhuis geweest en daaruit bleek dat het kennisniveau over hoe de MSZ bekostiging en financiering werkt ruimte voor verbetering liet zien. Daarom hebben ze e.e.a. in de brief in beeld gebracht en daarbij ook een inschatting gegeven van de omvang van de financiële gevolgen van Corona in termen van inkomstenderving en extra kosten.
2. Ze zijn al enige tijd in gesprek met verzekeraars over de precieze afspraken die ziekenhuizen maken. Deze gesprekken lopen goed, maar het duurt ook al even, mede omdat ZN natuurlijk bezig was met het vormgeven van de brede Zvw continuïteitsbijdrage regeling. Dat maakt de leden wat onrustig. Daarom willen ze via deze route ook een signaal afgeven aan verzekeraars om tempo te maken en over de brug te komen. Op mijn vraag of NVZ twijfels heeft of ze eruit komen is het antwoord nee, maar het is wel eerst zien, dan geloven.
3. Tot slot wil de NVZ de discussie wat verbreden. Het gaat nu vooral over de korte termijn, maar ze willen ook snel afspraken over '21 en '22, omdat inhaalzorg weleens langer door kan lopen en er ook een discussie gaat ontstaan hoe ziekenhuizen voor langere termijn coronaproof gemaakt kunnen worden (investeringen in ICT ed.). Die urgentie wordt, aldus NVZ, minder geproefd bij verzekeraars. Daar kijken ze ook naar VWS, want is het macrokader niet te knellend? Die vraag komt vast nog terug. Overigens is de vraag of dat terecht is, want voor de meerkosten kan door verzekeraars gebruik gemaakt worden van de

286995

catastroferegeling, mogelijk worden hier wel uitspraken van de Minister over verwacht.

Al met al is er mi weinig reden voor paniek. De brief is een manier om de druk wat op te voeren richting met name verzekeraars om snel tot ruimhartige afspraken te komen. Dat is in eerste instantie onderwerp van gesprek tussen ZN/verzekeraars en NVZ/ziekenhuizen. Ik heb met (10)(2e) afgesproken dat als dat de verkeerde kant op lijkt te gaan, of hij iets van ons nodig heeft, hij me weet te vinden (liefst niet via de Kamer). Intern zullen wij nog goed kijken naar punt 3 (macroruimte) en wat we hierover naar buiten toe kunnen zeggen, zonder de sluizen open te zetten.

(10)(2e)
(10)(2e)
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

Het is een grote draai van 'mondkapjes helpen niet' naar 'mondkapjes verplicht in het OV'. Is het niet van tweeën een? Schijnveiligheid? Symboolpolitiek?

- Het uitgangspunt is 'bescherm elkaar'. Het OMT adviseert dat waar de 1,5 meter niet gehandhaafd kan worden en je niet vooraf kan checken of iemand klachten heeft, zoals bij contactberoepen, het dragen van niet-medische mondkapjes overwogen kan worden. Dat heeft het kabinet gedaan en is daarmee tot een verplichting voor reizigers in het OV gekomen.
- Het blijft belangrijk dat mensen met Covid-achtige klachten niet met het openbaar vervoer reizen.
- Er is geen breed gedragen wetenschappelijk bewijs dat het dragen van een niet-medisch mondkapje bescherming biedt tegen het oplopen of doorgeven van het virus. Toch stelt het OMT dat daar waar geen check kan plaatsvinden of iemand Covid verschijnselen heeft en er geen afstand kan worden gehouden een niet-medisch mondkapje toch overwogen kan worden als aanvullende maatregel. Het juiste gebruik van deze bescherming is zeer van belang. Vandaar de instructie die is voorzien over het beschikbaar krijgen van niet-medisch mondkapje en het bewaren en wassen van gebruikte niet-medisch mondkapje.

Wat is het verschil tussen medische en niet-medische mondkapjes?

- Voor niet medische mondmaskers zijn geen officiële standaarden en kunnen van diverse materialen worden gemaakt en zij dus ook niet voorzien van een CE-markering. Je ziet dan ook in de diverse landen veel verschillende typen niet medische mondmaskers. Op korte termijn maken we een richtlijn bekend.
- De chirurgische maskers worden in principe gedragen door de zorgverlener ter bescherming van de patiënt. Het nu bekende FFP2 masker is bedoeld om de drager te beschermen. Het niet medische masker waar nu over wordt gesproken is vooral van nut ter bescherming van de omgeving tegen de drager. Met het dragen ervan dragen we dus bij aan 'bescherm elkaar'.

U zegt dat mensen ook zelf mondkapjes mogen maken? Zitten daar specifieke vereisten aan? Is een omgeknoopte sjaal ook goed genoeg?

- Op korte termijn maken we de kwaliteitsrichtlijnen voor de niet-medisch mondkapjes bekend.
- Het is belangrijk dat de neus en mond goed zijn bedekt en dat kan wellicht niet altijd goed met een sjaal.
- Er komt een instructie beschikbaar op www.rijksoverheid.nl/mondmaskers, waarin beschreven staat hoe de maskers zelf te maken zijn.

Waarom hoeven we bij de kapper geen mondkapje te dragen, terwijl anderhalve meter afstand houden niet mogelijk is? Eerder zei u nog dat nut en noodzaak van beschermingsmiddelen voor o.a. kappers en masseurs nog te onzeker was.

- Een kapper of masseur dient te werken met reserveringen en kan vooraf checken of een klant geen klachten heeft en zo nodig de afspraak verplaatsen, ook bij eigen klachten.
- De instroom kan dus worden gereguleerd.Het uitgangspunt is 'bescherm elkaar'. In het OV is het niet mogelijk om de instroom te reguleren, dit verklaart waarom daar wel tot de verplichting is besloten.
- Het staat beoefenaars van contactberoepen overigens vrij om wel niet-medische mondkapjes toe te passen, als zij daar zelf toe besluiten.

Mondkapjes: Nu wel, eerder niet nuttig? Wanneer vindt het kabinet ze zinvol?

- Het kabinet vindt niet-medische mondkapjes zinvol wanneer de 1,5 meter niet goed gehandhaafd kan worden en wanneer er geen gecontroleerde instroom is.
- Daarom het besluit om wel te kiezen voor mondkapjes in het OV, maar ze niet verplicht te stellen bij contactberoepen.
- Er is geen eenduidig bewijs dat dit effectief is. Er zijn in ieder geval studies die vaststellen dat er een beperkt positief effect is wanneer de kapjes goed worden toegepast.
- Het OMT adviseert dat mondkapjes overwogen kunnen worden in die situaties waar het onmogelijk is om anderhalve meter afstand te houden, en het ook niet haalbaar is om te checken of iemand klachten heeft.

Afstemmingsoverleg 8 mei 2020

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	8 mei 2020 09:30-10:30
Volgend overleg	11 mei 2020 10:45-11:45
Aanwezigen:	
Hugo de Jonge (MinVWZ)	
Martin van Rijn (MinMZS)	
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGCZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)	
(10)(2e) (10)(2e) (SG)	
(10)(2e) (10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)	
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)	

Brief
Er komt nu een week aan om hard aan het werk te gaan. We moeten nadenken wat het proces en de boodschap in de volgende brief wordt. De wens van MVWS is om in de volgende brief de boodschap uit te dragen: "Klaar voor 1 juni!".
Een eerste versie van de outline moet op vrijdag in de tas van de bewindspersonen zitten. Op maandag wordt het afstemmingsoverleg gebruikt om de witte vlekken te benoemen en dan kan de brief dinsdagochtend in het afstemmingsoverleg worden vastgesteld.

Remstrategie
Er komt dinsdag een intern overleg met RIVM en VWS om gevoel te krijgen over de remstrategie.

Wens MVWS om een team samen te stellen met beleidspower om een goed stuk neer te zetten. Aanwezigen zullen namen aangeven bij DGV om een team samen te stellen. Dit team kan dinsdag alvast meeluisteren om een beeld te krijgen. Het RIVM is gevraagd ook een modelleur aan te laten sluiten. DGV heeft vooraf contact met (10)(2e) om vooraf de vragen scherp te krijgen die op tafel liggen.

Het gebruik van Google data voor de app wordt geparkeerd voor een later moment.

Aanwezigheid Catshuis.
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) worden uitgenodigd.

OMT uitvraag
Er wordt een tweetal vragen aan het OMT voorgelegd, namelijk het pakket van versoepelingen voor 1 juni (pakket 2A) en zorg thuis. Ernst levert voor het laatste onderwerp nog een stuk aan. De deadline is vandaag 12:00 uur. Er zal ook telefonisch nog met (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) overlegd worden.

Binnen sommige sectoren is nu nazorg nodig.

Een aantal sectoren waar nazorg nodig is zijn al in beeld en verdeeld, over de bredere nazorg wordt vanmiddag gesproken in het torentjesoverleg.

Testen en traceren
Belangrijk om te laten zien dat we het gaan halen in de volgende brief. Met name bron en contactonderzoek verdient nog aandacht. Er moet intern structuur worden aangebracht en zorgen voor voldoende grond en beleidsvoerend vermogen onder de voeten. MVWS wil de aanbeveling doen om vandaag al vol aan de bak te gaan.

Volgende week is er geen technische briefing. De komende week moet te volle gebruikt worden om het verhaal goed uit te denken en op papier te zetten. De briefing met de GGD kan pas na het besluit van het kabinet op woensdagochtend na het besluit van het MCCb.

Infographics
Het naaipatroon van de mondkapjes en de bijbehorende infographic voorgelegd aan de NEN (Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut). DGV checkt bij het RIVM of zij ook akkoord zijn en dan kan de informatie vandaag geplaatst worden op de website. Ook checken bij EZK (VNONCW).

Hoorzitting
Maandag hoorzitting met (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) heeft een poging gedaan om (10)(2e) aan te haken. (10)(2e) moet gebriefd worden over de lijn van VWS beleid.
(10)(2e) zoekt uit wie er nog meer bij is.

Communicatie
DCO: geen schokkende reconstructies vanuit de pers. Meer dan 130 persvragen na debat. Met name over mondkapjes en evenementen. De Volkskrant is bezig met een verhaal over de refugee company, die aangeeft dat er moeizame contacten zijn met VWS en LCH. Vragen en verhaal wordt door DCO afgestemd met MMZS.

Brief moet gecheckt worden, opnieuw tas bij MVWS.

WVTTK
Moties zijn verdeelmodel en routekaart voor instellingen. Wordt erg omhoog gekeken wat mag en niet mag. De routekaart geeft guidance aan de branche om duidelijk te maken wat er mogelijk is. Er komt ook een overzicht welke zorg is uitgesteld. Helpt soms ook om te zien wat er niet gebeurt om het weer op gang te krijgen.

Specifiek MR voorstel van financiën om op mondkapjes geen btw te heffen, hier moet verder over doorgesproken worden.

MMZS vraagt of wij een zorg hebben om in de gaten te houden wie in de knel komen? Eenzaamheid. Routekaart wordt afgepeld van instellingen tot thuis. Ernstige signalen over depressie in alle lagen van de maatschappij en welk perspectief kunnen we de mensen bieden.

Acties
Allemaal nadenken over de ingrediënten van de brief.
Team inrichten om remstrategie op te schrijven
Personen voor het Catshuis uitnodigingen
OMT aanvraag vandaag uitsturen

Nazorg doorgaan zoals we nu op de planning hebben

287001

Verslag crisisoverleg Corona – Caribisch Nederland

Datum en tijd: 30-04, 15:45 – 16:30

Aanwezig: Staatssecretaris, (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

Afwezig: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Verslag en actielijst vorig overleg

- 4-landenoverleg is naar de maandag verplaatst, er wordt een nieuwe reeks voor verzonden.
- Het is nog niet duidelijk of er beleidsconsequenties verbonden kunnen worden aan de overlijdensgevallen op SXM.
- De 12 extra IC-bedden worden niet in het SEHOS gezet.

Beeld

- Op SXM is een nieuwe besmetting, op de andere (ei)landen geen nieuwe besmettingen of IC-opnames gemeld.
- Afgelopen weekend is het AMI medisch personeel weer vertrokken van Curaçao en Aruba toen bleek dat een verpleegkundige besmet was met het coronavirus en een deel van het personeel zich niet aan de strikte social distancing regels van Curaçao hield.
- BZK krijgt vragen van (ex-)zorgmedewerkers (Nederlanders) op de (ei)landen of zij kunnen helpen.

Oordeelsvorming

- Als de (ei)landen weer open gaan zal er vroeg of laat weer een opleving komen van het virus. Nu zijn echter wel goede voorbereidingen getroffen ihkv IC-capaciteit, in tegenstelling tot een aantal weken geleden.

- Op dit moment worden de voorbereidingen getroffen om weer teams te sturen naar Aruba en Curaçao met enige aanpassingen, er wordt gekoerst op het sturen van teams dit weekend. AMI en Aruba geven aan dat deze voorbereidingen goed verlopen.
- Het grootste deel van het team dat eerder al op Aruba was gaat daar naartoe terug, voor Curaçao wordt opnieuw geworven. De twee leidinggevenden die al op Curaçao zijn geweest gaan daar naartoe terug vanwege de nuttige ervaring en het netwerk dat ze daar al hebben opgedaan.
- De kosten voor repatriëring worden gedragen door AMI.

- In het OMT-advies staan een aantal korte-termijn-acties, deze worden woensdag a.s. besproken in het vier-landen-overleg.
- Andere zaken uit het OMT-advies behoeven nog meer uitwerking (track and tracing, testcapaciteit, capaciteit voor leveren van acute zorg, etc). Dit is een voorwaarde voordat de (ei)landen weer open kunnen voor toeristen. Hier wordt morgen over gesproken in de RMR, en komt in de RMR van over twee weken weer terug.

Besluiten

- ZJCN mailt de staatssecretaris en de ministers over de inspanningen rondom het AMI-personeel.
- Het OMT-advies wordt verzonden met de volgende brief aan de TK over de aanpak van COVID-19, met in de brief een procestekst.
- ZJCN komt in het volgende overleg terug op een postbusadres waar vragen en meldingen van bijvoorbeeld (ex-)zorgmedewerkers terecht kunnen.

287003

Verslag crisisoverleg Corona – Caribisch Nederland

Datum en tijd: 06-05, 09:45 – 10:30

Aanwezig: Staatssecretaris, (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e),

Afwezig: (10)(2e) (10)(2e)

Verslag en actielijst vorig overleg

- Gisteren is AMI team op AUA aangekomen. Op CUR wordt het contract voor het nieuwe team afgerond. Naar verwachting volgt deze week meer uitsluitsel.
- In de Kamerbrief is voorzien in een tekst over OMT-advies.
- ZJCN werkt nog aan postbusadres. Er worden parallel afspraken gepland met de organisatie AMA. Onderwerp van gesprek daarin is hoe deze organisatie en de groep mensen die ze vertegenwoordigen kan ondersteunen. ZJCN probeert iets uit te werken samen met AMA. Komt volgende week opnieuw aan de orde.

Beeld

- Epidemiologische situatie lijkt stabiel. BON en Eustatius zijn Corona-vrij, Saba bijna.
- Hospitainers op Sint-Eustatius staan gereed.
- Het is niet zeker dat de epidemiologische situatie op SXM volledig in beeld is. ZJCN heeft vrijdag met RIVM gesproken over situatie op SXM. RIVM geeft aan dat een bredere verspreiding dan bekend ook zou moeten lijden tot meer overlijdens. Daar wordt naar gekeken.
- OMT-advies en een schematisch overzicht met maatregelen, adviezen en strategieën en de bijbehorende actiehouders zijn gedeeld met gezaghebbers en ministers van de Landen. Invulling moet op detailniveau nog worden uitgewerkt. Ligt voor ter bespreking tijdens overleggen later vandaag.
- CUR heeft aangegeven de huidige lockdown deels te willen afschalen.
- ZJCN heeft overleg gevoerd met AZ en BZK over de inhoud van het OMT-advies.

Oordeelsvorming

- Belangrijk dat er vandaag overeenstemming komt met de Landen en BES over de 5 structurele aanbevelingen uit het OMT-advies, en over de algemene lijn in het overzicht van maatregelen op basis van het OMT-advies. Streven is niet om alle acties uit dit overzicht in zijn geheel te behandelen. Uitwerking van de acties binnen de verschillende termijnen volgt later. Geen controverse verwacht op de meeste onderwerpen. Aantal punten op de langere termijn (uitbreiding capaciteit electieve zorg, besliscriteria voor op- en afschaling, financiële continuïteit van de ziekenhuizen o.a.) leidt mogelijk wel tot discussie.
- V.w.b. midden en lange termijn maatregelen wil de stas graag per onderwerp een indicatie van op welk moment het beleid daaromtrent gereed moet zijn.
- De verwachting is dat Landen hun lockdown steeds meer gaan afschalen. Balans tussen economie en gezondheid is van belang. Discussie hierover staat op langere termijn gepland maar kan mogelijk naar voren worden gehaald. RIVM geeft in OMT-advies aan dat het echter nog te vroeg lijkt om te praten over opnieuw openen van toerisme. Centrale boodschap: als de zorgsector (ook electief) goed op orde is kunnen andere sectoren open. Landen zijn echter dermate afhankelijk van toerisme dat het wenselijk kan zijn om de (beperkte) mogelijkheden te bekijken. Beperkte voorraad van sneltesten en de noodzaak om voor inkomende gasten 2 weken quarantaine aan te houden beperkt de mogelijkheden. Staat van het zorgstelsel moet centraal blijven staan. Mogelijk kan een apart advies over economische ruimte nodig zijn.
- Bevolking van BES/CAS heeft, parallel aan NL, behoefte aan perspectieven, ook op economisch gebied. Er kan ook gedacht worden aan andere sectoren dan alleen toerisme om de economie op de eilanden weer op gang te krijgen. De discussie is breder dan alleen zorg, BZK is daarom goeddeels verantwoordelijk, maar het is belangrijk dat VWS daar een rol in speelt.

Besluiten

- Graag per maatregel/thema uit het schema op basis van het OMT-advies een concrete deadline toevoegen voor wanneer beleid gereed moet zijn.

- ZJCN werkt (samen met AMA) een postbus uit waar bijvoorbeeld (ex-)zorgmedewerkers met vragen en meldingen terecht kunnen.
- ZJCN doet bij ambassades in de regio een uitvraag over hoe andere eilanden omgaan met het openen van de eilanden voor toerisme.
- ZJCN bespreekt met BZK of er andere mogelijkheden zijn dan toerisme om de economie op de eilanden weer op gang te krijgen.

287008

Tijdlijn t/m 20 mei 2020

24 jan: - Eerste bijeenkomst OMT

28 jan: - Aanwijzing A-ziekte met meldplicht

4 feb: - Technische briefing TK

6 feb: - AO Medische preventie

20 feb: - Technische briefing TK

21 feb: - Eerste wekelijkse sitrap naar veiligheidsregio's

25 feb: - Uitbreiding surveillance longziekten

- Negatief reisadvies bepaalde gemeente N-Italië

27 feb: - Eerste NL'se patiënt

28 feb: - Opening publieksnummer: 0800-1351

1 mrt: - Adviezen:

- Mensen met klachten die in risicogebieden zijn geweest blijven thuis
- Huisgenoten van patiënten minimaliseren sociaal contact

3 mrt: - Technische briefing TK

- Aanpassing reisadvies Noord-Italië

5 mrt: - Plenair debat Corona

6 mrt: - Eerste overlijden NL'se patiënt

- Advies:

  - Inwoners van Noord-Brabant blijven thuis bij klachten (verkoudheid, hoesten) of koorts en mijden sociale contacten

10 mrt: - Advies:

- Hygiënemaatregelen aangevuld met advies niet meer handen te schudden

12 mrt: - Plenair debat Corona

- Maatregelen:

  - Evenementen met meer dan 100 personen verboden
  - Mensen met klachten (verkoudheid, keelklachten, hoesten) of koorts blijven thuis en mijden sociale contacten
  - Zoveel mogelijk thuiswerken
  - Bezoek aan kwetsbare personen beperken
  - Zorgpersoneel en personeel in vitale beroepen niet naar het buitenland

13 mrt: - Beperking vliegverkeer vanuit risicolanden

14 mrt: - Beperking vliegverkeer met Caribisch gebied

15 mrt: - Aanvullende maatregelen:

- Scholen, kinderopvang, eet- en drinkgelegenheden, sportclubs, sauna's, coffeeshops, seksinrichtingen sluiten t/m 6 april
- Verlenging van bestaande maatregelen t/m 6 april
- Richtlijn 1,5 m afstand hanteren

16 mrt: - TV-toespraak Rutte

- Sluiting EU buitengrenzen (Schengen) voor personenvervoer

Tijdlijn t/m 20 mei 2020

17 mrt: - Steunpakketmaatregelen voor zzp-ers en bedrijven

- Openstelling scholen voor eindexamenleerlingen

- Aanpassing dienstregeling NS

18 mrt: - Plenair debat Corona

19 mrt: - Aanvullende maatregel:

- Geen bezoek meer in verpleeghuizen

23 mrt: - Aanvullende maatregelen:

- Alle bijeenkomsten (ongeacht omvang) tot 1 juni verboden
- Handhaving maatregelen met boetes
- Deurbeleid winkels
- Kappers, schoonheidssalons, nagelstudio's dicht
- Noorverordening burgemeesters ivm gerichte sluitingen
- Aanscherping quarantaine: indien een gezinslid koorts heeft, blijft iedereen thuis

24 mrt: - Centrale eindexamens geannuleerd

25 mrt: - Technische briefing Corona TK

26 mrt: - Plenair debat Corona

31 mrt: - Verlenging maatregelen t/m 28 april

1 apr: - Technische briefing Corona TK

1 apr: - Plenair debat Corona

8 apr: - Technische briefing Corona TK

8 apr: - Plenair debat Corona

16 apr: - Technische briefing Corona TK

16 apr: - Plenair debat Corona

21 apr: - Technische briefing apps TK

21 apr: - Eerste afschaling maatregelen:

- PO, speciaal onderwijs en kinderopvang vanaf 11 mei weer open
- VO mogelijk later ook open
- Sporten (vrij voor kinderen, met 1,5 meter voor anderen)

22 apr: - Hoorzitting apps TK

22 apr: - Technische briefing Corona TK

22 apr: - Plenair debat Corona

30 apr: - Technische briefing Corona TK

6 mei: - Verdere afschaling maatregelen (onder voorbehoud):

- Vermijd drukte i.p.v. blijf zoveel mogelijk thuis
- Proef bezoek verpleeghuizen
- Meeste contactberoepen weer aan de slag per 11 mei
- Bibliotheken open per 11 mei
- Niet-medische mondkapjes in OV per 1 juni verplicht
- Verwachtingen per 1 juni (VO, terrassen, bioscopen, restaurants en cafés, culturele instellingen, musea)

Tijdlijn t/m 20 mei 2020

- Verwachtingen per 15 juni (mbo examens en praktijklessen)
- Verwachtingen per 1 juli (gemeenschappelijk sanitair, uitbreiding maximum aantal bezoekers van 30 naar 100)
- Verwachtingen per 1 september (fitnessclubs, sauna's, verenigingskantines, coffeeshops, casino's, sekswerkers)

7 mei: - Technische briefing Corona TK

7 mei: - Plenair debat Corona TK

20 mei: - Technische briefing Corona TK

20 mei: - Plenair debat Corona TK

287010

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

(10)(2e)@fiveam.nl

Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
T (070)-(10)(2e)

Kenmerk
1678560-204524-PG

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 20 MEI 2020
Betreft Technologische ondersteuning COVID 19 crisisbestrijding

Geachte heer,

Bedankt voor uw brief van 6 april jl. aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Namens hem beantwoord ik uw brief. Het spijt mij dat uw brief niet eerder beantwoord is, ik hoop dat u daar in deze drukke tijden begrip voor kunt opbrengen.

Uit uw brief blijkt dat u zich graag zou willen inzetten om technologische ondersteuning te bieden om het beleid en de beslissingen rondom de bestrijding van het coronavirus te faciliteren. Ik heb waardering voor uw aanbod om u hiervoor te willen inzetten.

De huidige structuur van advisering en crisisbestrijding wordt ingevuld door professionals die al veel ervaring hebben op dit terrein. Binnen het ministerie van VWS is een groot crisisteam opgericht, waar met name beleidsmedewerkers die al jaren werkzaam zijn binnen het ministerie worden ingezet. De minister laat zich adviseren door het 'Outbreak management Team', dat bestaat uit vaste leden en deskundigen op oproepbasis, op het gebied van infectieziekten en gezondheidszorg. Deskundigen die op oproepbasis ingeschakeld worden zijn onder andere epidemiologen en modelleurs, die afhankelijk van het onderwerp, als expert voor het OMT worden uitgenodigd.

Het terrein waarop u zich beweegt, technische ondersteuning bij data-analyse en predictiemodellen, wordt door het RIVM al ingevuld. Zij doen epidemiologisch onderzoek en modellering met als doel een beeld te krijgen hoe het virus zich ontwikkelt. Daarbij maakt het RIVM gebruik van de groeiende kennis over het virus in Nederland en andere landen.

Ik wens u veel succes met uw werk en hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben,

Hoogachtend,

(10)(2e) Gezondheid

Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Kenmerk
1678560-204524-PG

287012

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
Nederland

Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
T (070)-(10)(2e)
M (31) (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Kenmerk
1685823-204955-PG

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 13 MEI 2020
Betreft Corona

Geachte heren (10)(2 (10)(2e) en (10)(2e),

Uw brief van 26 maart hebben wij in goede orde ontvangen. Wij proberen alle brieven zo snel mogelijk te beantwoorden. Wegens de grote drukte duurt het op dit moment helaas langer dan gebruikelijk.

In uw brief vraagt u ons om een grootschalige toepassing toe te staan van nevelmachines in de openbare ruimte en u daarvoor een vrijstelling te verlenen voor het gebruik van OxgDes 12381N. OxgDes 12381N is een middel op basis van waterstofperoxide en perazijnzuur. U wilt met de nevelmachines alle openbare ruimtes reinigen en zo het coronavirus verwijderen.

Ik dank u heel hartelijk voor uw aanbod, maar op dit moment zullen wij hier geen gebruik van maken. Wij volgen de adviezen van het RIVM en het Outbreak Management Team en het grootschalig reinigen van de openbare ruimtes wordt op dit moment niet geadviseerd.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

(10)(2e) ondheid

Afstemmingsoverleg 27 mei

PROCES

Crisis Coronavirus

Datum, tijdstip en locatie	27 mei 2020 11:00-11:45
Volgend overleg	28 mei 2020 10:45-11.45

<u>Aanwezigen:</u>
Hugo de Jonge (MVWZ)
(10)(2e) (MMZS)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 27 mei

Proces Kamerbrief:

- De Kamerbrief van deze week wordt langer. Je moet op alle onderdelen uit het OMT advies reageren als het OMT advies wordt meegestuurd naar de Kamer.
- De brief gaat in principe vanavond uit. Als dit niet haalbaar is, kan de rest morgenochtend worden nagezonden naar de Kamer.
- Morgen wordt ingegaan op de planning en outline Kamerbrief voor volgende week.

Toelichting: De Kamerbrief wordt breder dan alleen het onderwerp sport. De Kamerbrief moet alle onderwerpen omvatten die in het OMT advies worden aangehaald. Dit zijn o.a. sportscholen, vervoer en ouderen thuis.

Sportscholen

- Het BAO advies luidt om de sportscholen niet te openen op 1 juni.
- Vanmiddag zal dit naar buiten worden gebracht en in de loop van juni/juli zal er een vervolg advies komen.

Toelichting: Er moet nader worden bekeken, op basis van nieuwe informatie, of openen van de sportscholen mogelijk is voor 1 september. Dit is gebaseerd op een nieuw kader van het RIVM, het feit dat de ruimte van versoepelingen klein is en de nieuwe informatie rondom aerosolen. Op basis van het RIVM kader, dat vandaag meegaat met het OMT advies, moeten de sportscholen zich aanpassen. Dit kader houdt o.a. het een en ander in met betrekking tot bron- en contactopsporingsonderzoek. Daarnaast is het BAO advies negatief v.w.b. het openen van de sportscholen en zijn de berichten in Zuid-Korea ook negatief.

OMT advies

- Tot op heden is er geen definitief OMT advies gedeeld.
- Het advies wordt z.s.m. gedeeld na handtekening (10)(2e) MinisterVWS wil het advies zien voordat het wordt gedeeld met de Kamer.

Ouderen thuis

- Het OMT advies is inhoudelijk duidelijk, maar moeilijk uitlegbaar. Besloten is daarom dit deel van het OMT advies in beraad te nemen met de ouderenorganisaties.
- De teksten op de website van rijksoverheid.nl en het RIVM worden nog niet aangepast. Dat gebeurt indien nodig pas na de overleggen met de sector.

Toelichting: Vorige week zijn versoepelingen aangekondigd. Daarmee is het onderscheid tussen vitale ouderen en niet-vitale ouderen komen te vervallen. Op advies van hoogleraren ouderengeneeskunde is in het nieuwe OMT advies wel weer een verschil gemaakt tussen vitaal en niet-vitaal v.w.b. de bezoekersregeling. Dit is erg gedetailleerd beschreven en strikter in strekking dan vorige week. Dit is niet afgestemd met de sector of bestuurlijk bekeken of uit de praktijk bekeken.

Vervoer

- In het OMT advies wordt geadviseerd om een medisch mondkapje te gebruiken als er geen 1,5 meter afstand gehouden kan worden en er geen scherm geplaatst kan worden.
- Argumenten hiervoor zijn: sub optimale triage mogelijkheden, kleine ruimte, gedurende lange tijd in dezelfde ruimte.
- RIVM bespreekt met DLZ hoe een trapsgewijze uitleg kan worden vormgegeven voor de uitleg van medische mondkapjes in het vervoer voor dagbesteding.

Toelichting: In het OMT ligt de vraag voor of het dragen van een medisch mondkapje nodig is voor de chauffeurs van mensen die naar dagbesteding gaan. Hierbij is het van belang duidelijk te maken waarom deze chauffeurs dan wel een medisch mondkapje geadviseerd krijgen, en waarom een kapper bijvoorbeeld niet.

Overig

- Motie (10)(2e): stemming is 75/75. Volgende week wordt hier opnieuw over gestemd.

Kamerbrief 3 juni 2020

Inhoudsopgave

- Inleiding (waar staan we nu? Wat zien we gebeuren om ons heen, hoe gaat het bij de sectoren die al even weer open zijn (contact beroepen, PO));
- Update dashboard/controlestrategie;
- Toerisme -> J&V
- Testen en bron- en contactonderzoek (waaronder svz app);
- Dashboard arbeidsmarkt – draagkracht zorgprofessionals
- Vaccins (stand van zaken);
- Innovatieve behandelingen;
- PBM (verwijzing website cijfers LCH, inkoop, Productie NL en voldoende PBM (als het lukt uitspraak koepels: er is voldoende (loopt via CZ)), samenwerking /acties EU, kwaliteit van beschermingsmiddelen (vanuit LZ/GMT stukje over testen beschermingsmiddelen voor verpleeghuizen))
- Zorg voor patiënten in de curatieve sector (reguliere zorg en opschaling IC en KNMG advies)
- Stand van zaken routekaart personen kwetsbare gezondheid (incl. eerste ervaringen bezoekregeling gehandicaptenzorg/ verpleeghuiszorg)
- Kwetsbare mensen thuis (incl. dagbesteding, vervoer, en actieplan voor mensen met een beperking)
- Caribisch Nederland (OMT-c)
- Bonus voor zorgprofessionals – n.a.v. motie 171 Van Kooten-Arissen
- Mogelijkheden vervolg noodopvang (kinderopvang) voor zorgprofessionals
- Leefstijlpreventie (in tijden van corona, extra impuls cf uitspraak MVWS)

Planning

Woensdag 27 mei	Concept inhoudsopgave in tas bwp
Donderdag 28 mei	Inhoudsopgave + richting brief bespreken in afstemmingsoverleg
Vrijdag 29 mei	X
Maandag 1 juni	VRIJ
Dinsdag 2 juni	17.00: 1e totaal conceptversie TK-brief bij DGV 20.00: 1e totaal conceptversie TK-brief bij bwp
Woensdag 3 juni	10.45: Opmerkingen bwp mondeling in het afstemmingsoverleg of schriftelijk vóór het afstemmingsoverleg doorgeven 16.00: 2e totaal conceptversie TK-brief bij DGV 20.00: definitieve versie TK-brief bij bwp 21.00-23.30: opmerkingen bwp verwerken 23.59: brief naar TK

ROUTEKAART VOOR STAPPEN TERUG NAAR MEER CONTINUITEIT VAN ZORG EN ONDERSTEUNING

Begeleidende tekst met uitleg

Het manifest van de ChristenUnie, Omroep Max en KBO-PCOB roept op om juist ook nu duidelijk te maken dat onze ouderen het recht hebben op bescherming, perspectief en op de ruimte om waardig ouder te worden. De afgelopen tijd zijn veel maatregelen ingezet om kwetsbare inwoners te beschermen. Ik heb veel waardering voor de volharding en creativiteit waarmee dit gebeurd is. Ik ben ook blij met al de maatschappelijke initiatieven die alternatief aanbod heeft gezocht en gevonden. De behoefte aan contact, (mantelzorg) ondersteuning en zorg is niet afgenomen bij thuiswonende ouderen. Het is heel belangrijk dat we dit weer opstarten. En wellicht nog beter dan dat we hiervoor deden. De tijd van crisis maatregelen heeft ook de gelegenheid gecreëerd om de zorgsector weer uitvoeriger te spreken en nauwer samen te werken in de regio.

Huidige beeld

Het algemene beeld is dat de meeste richtlijnen weinig beperkingen opleggen. De richtlijnen zijn er op juist op gericht om zorg en ondersteuning waar mogelijk te continueren. **In de praktijk blijkt er een verschil te zijn tussen wat mogelijk is aan richtlijnen en wat aanbieders van ondersteuning en zorg (kunnen) bieden.** Dit komt bijvoorbeeld voort uit de beperkingen die de 1,5 m met zich meebrengt, personeel dat uitvalt door ziekte en keuzes die aanbieders zelf maken. Dit leidt tot signalen dat ouderen niet in alle gevallen de juiste ondersteuning en zorg krijgen. Ook kiezen ouderen in sommige gevallen zelf om de zorg af te schalen omdat zij bang zijn voor besmetting of de zorg niet willen belasten. **De belangrijkste actie die nodig is, is om uit te stralen dat zorg en ondersteuning die tijdelijk afgeschaald was, waar mogelijk weer moet worden opgeschaald. En dat ouderen mogen vragen om de zorg, ondersteuning die zij nodig hebben en deel mogen nemen aan activiteiten die bijdragen aan de sociale/mentale gezondheid.**

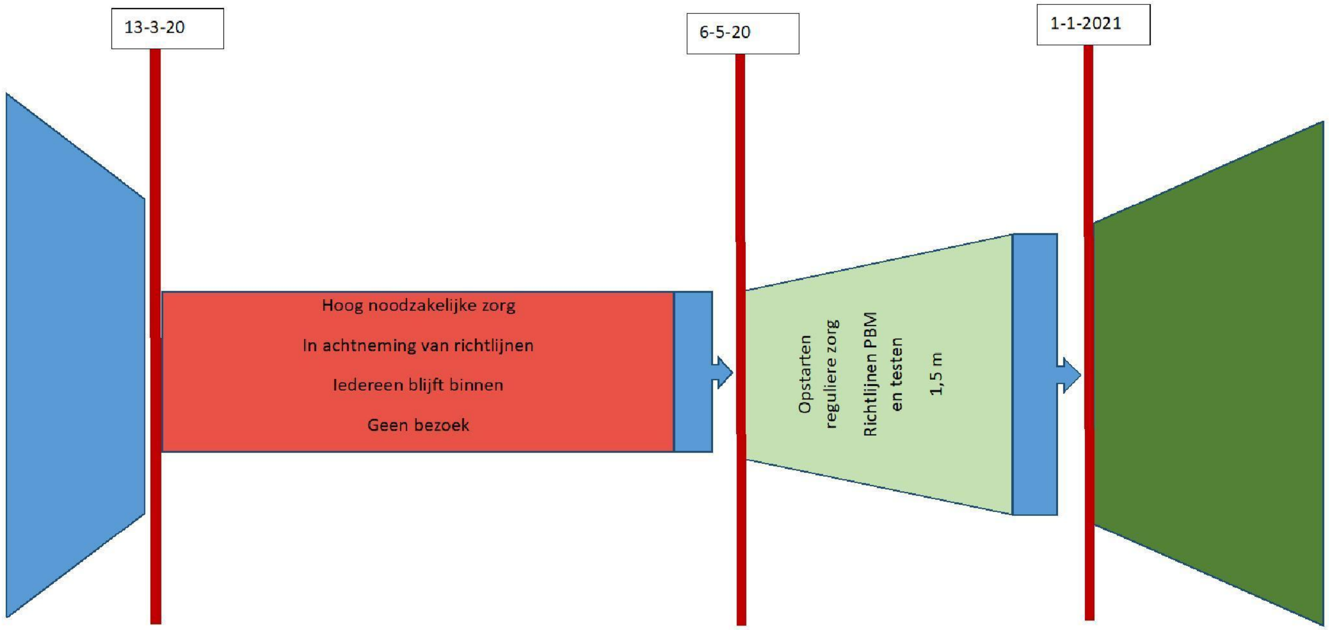
Routekaart

De weg naar **medische zorg**: huisartsen en apothekers hebben weer tijd, tandartsen, paramedici waaronder fysiotherapeuten zijn weer open.
Desgewenst kunnen ouderen mondkapjes gebruiken om deze professionals te bezoeken. Ook de digitale mogelijkheden blijven beschikbaar.
De weg naar **ondersteuning/zorg thuis**: de continuïteit van financiering van de zorgen ondersteuning is geregeld, er is personeel en capaciteit beschikbaar, er is geen noodzaak voor ouderen om deze ondersteuning of zorg af te zeggen omdat deze veilig kan worden geleverd. Mantelzorgers hebben toegang tot testen en PBM. In de praktijk zijn er signalen dat de casemanager dementie of de maaltijdondersteuning vanuit de wijkverpleging niet beschikbaar is. Mogelijk is het gebruik hiervan afgenomen omdat mensen hier (tijdelijk) zelf voor kiezen. Veel zorg is in de praktijk anders georganiseerd omdat ervoor is gekozen om vooral noodzakelijke zorg door te kunnen laten gaan en de zorg voor Covid en niet-Covid patiënten te scheiden.
De weg naar **sociale/mentale gezondheid**: waar dagbestedingslocaties zijn gesloten, geldt dat deze met inachtneming van de 1,5m regels weer open kunnen. Voor bezoek aan thuiswonende ouderen wordt een nieuw OMT advies verwacht dat kijkt naar de mogelijkheden voor verruiming. Bibliotheken en musea gaan ook weer open voor ouderen. Sportactiviteiten die buiten plaatsvinden worden de komende maanden langzaam opgestart.

Wat nodig is hiervoor nodig qua acties

- **Communicatie richting cliënten**: Updates communicatie websites MantelzorgNL, hulplijnen, ANBO/KBO-PCOB + campagne opstarten reguliere zorg + Aanpassen Q&A's rijksoverheid website, gericht op wat wel kan.
- **Communicatie richting aanbieders**: Aansluiting zoeken bij white label campagne 'opstarten reguliere zorg' en deze verbreden naar Actiz, VNG etc. In de werkgroep Langer Thuis op 26 mei kan ook besproken worden wat aanvullend nodig is aan communicatie of andere activiteiten om de ondersteuning/zorg aan ouderen weer op te starten.
- Via wekelijkse **overleg met cliëntraden ouderen betrekken** om mee te denken over het opstarten van sociale/mentale gezondheid.
- **Vervoer**: het protocol voor oa vervoer naar dagbesteding wordt op korte termijn aangepast
- **Dagbesteding:** verlengen richtlijn dagbesteding + richtlijn aanvullen met passage over PBM. Optioneel: volgen of richtlijn in praktijk ook wordt toegepast.
- **Bezoekersregeling:** verruimen o.b.v. OMT advies dat in de week van 19 mei wordt besproken
- **Mantelzorg**: richtlijn aanpassen op 1,5 m samenleving

287022



13-3-20
6-5-20
1-1-2021
Hoog noodzakelijke zorg
In achtneming van richtlijnen
Iedereen blijft binnen
Geen bezoek
Opstarten
reguliere zorg
Richtlijnen PBM
en testen
1,5 m

Achtergrondinformatie bij bovenstaande tekst

	Doelgroep **Kwetsbare Ouderen Thuis**	**Welke beperking geldt?**	**Wie heeft welke acties al ondernomen**	**Welke verruiming en wanneer?**
	(Medische) zorg buitenshuis			
(10)(2e)	Huisarts		in TK brief oproep gedaan om ook in deze tijd gebruik te maken van huisartenzorg (15/4) Communicatiecampagne opstarten reguliere zorg	
(10)(2e) (10)(2e)	Paramedische zorg (o.a. fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek, logopedie)	Geen, indien cliënt (of huisgenoot) geen corona-gerelateerde klachten heeft. Consults zijn 1 op 1. Indien wel klachten en de zorg kan niet op afstand/uitgesteld: dan werken met PBM.	Paramedische beroepsgroepen hebben in overleg met VWS en na advies van RIVM een protocol opgesteld waarin wordt beschreven hoe veilig zorg kan worden geleverd.	Het RIVM heeft geadviseerd om geen speciale werkwijze op te nemen voor kwetsbare groepen. Per 11 mei is consult op afstand van 'voorkeur' naar 'ter overweging' aangepast.
(10)(2e) (10)(2e)	Mondzorg	Geen, indien cliënt (of huisgenoot) geen corona-gerelateerde klachten heeft en patiënt thuis woont.	Beroepsgroepen hebben in overleg met VWS en na advies van RIVM een leidraad opgesteld voor het veilig opstarten van reguliere mondzorg. De leidraad wordt aangepast als er sprake is van nieuwe inzichten.	Het RIVM heeft geadviseerd om geen speciale werkwijze op te nemen voor kwetsbare groepen. Er wordt op dit moment gewerkt aan een nieuwe versie van de leidraad.
(10)(2e)	Apothekers	RIVM advies geldt: 1,5 meter afstand in de apotheek en niet komen bij klachten.	Er wordt door de KNMP nagedacht over het 1,5 meter protocol in de apotheek. Daarnaast wordt een leidraad	

		Door minder fysieke farmaceutische zorg en toenemende drukte is de zorg (o.a. medicatiebeoordelingen) (kwetsbare) ouderen bijna stil gelegd. Dit geldt ook voor bv multidisciplinaire overleggen (FTOs oa). Probleem speelt ook in verpleeghuizen, waar deze zorg het meeste nodig is. Door minder contact aan de balie (door no-show, anderen die ophalen of bezorging) is ook de signalering van fysieke of mentale klachten bij ouderen verminderd.	consult op afstand door de KNMP opgesteld.	
(10)(2e) en (10)(2e)	Tijdelijk verblijf	Geen, in de praktijk blijft de vraag achter. Mensen lossen het thuis op vanwege de bezoekersregeling en het risico op besmetting.		
	Zorg/ondersteuning thuis			
(10)(2e)	Huishoudelijke hulp	Geen, indien cliënt niet ziek is	VWS: Richtlijn WMO ondersteuning (xx/3) opgesteld met wat kan en mag	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Wijkverpleging *Waaronder: Casemanagement dementie en maaltijdondersteuning*	Er gelden geen beperkingen. Veel zorg is in de praktijk anders georganiseerd omdat er voor is gekozen om vooral noodzakelijke zorg door te kunnen laten gaan en de zorg voor Covid en niet-Covid patiënten te scheiden. Ook hebben veel cliënten er zelf voor gekozen om de wijkverpleging af te zeggen. Voor casemanagement dementie		-

		is de lijn: het is aan de wijkverpleegkundige/casemanager om op basis van haar professionaliteit een inschatting te maken van welke zorg doorgang moet vinden, uiteraard afgestemd met de cliënt. Je ziet dat het veld hier zelf bijvoorbeeld triage documenten voor ontwikkeld.		
	Sociale/mentale gezondheid en mantelzorg			
(10)(2e)	Bezoek thuis ontvangen	Ga niet op bezoek bij mensen van 70 jaar of ouder, of mensen met een kwetsbare gezondheid. Om in de huidige omstandigheden een sociaal isolement te voorkomen, kunnen hier een of twee vaste personen worden aangewezen die hen met enige regelmaat blijven bezoeken	VWS: OMT advies verruiming bezoek (8/5)	In de week van 18 mei wordt OMT advies besproken.
(10)(2e)	Dagbesteding	De richtlijnen van RIMV gelden: Cliënten houden onderling 1,5 meter afstand. Om RIVM-adviezen uit te voeren kan het nodig zijn om in kleinere groepen (waar 1,5 meter tussen cliënten mogelijk is) samen te komen en/of deelnemers e spreiden over verschillende ruimtens van de locatie. Ook kan gekeken worden naar spreiding van activiteiten over dagdelen en de gehele week.	VWS: Richtlijn dagbesteding (16/4) opgesteld met wat kan en mag	De huidige maatregelen voor dagbesteding gelden tot en met 19 mei 2020. Indien de richtlijn gecontinueerd wordt, is het verstandig om een quickscan te doen naar de impact van de huidige maatregelen voor cliënten. In hoeverre lukt het locaties om cliënten te verspreiden over

				verschillende dagen? En in welke mate worden vormen van alternatieve zorg geboden. Op basis van dit beeld kan er bekeken worden welke aanvullende maatregelen er nodig zijn.
(10)(2e)	Vervoer (bijv naar dagbesteding)	RIVM hygiëne richtlijnen gelden. Hierdoor is groepsvervoer in veel gevallen niet mogelijk.	VWS: In Richtlijn dagbesteding passage vervoer opgenomen met wat kan en mag (16/4) Kabinet: in OV is het dragen van mondkapjes verplicht per 01/06	Er wordt deze week nagedacht over een nieuw protocol waarin ook vervoer naar dagbesteding een plek krijg. Gedacht wordt aan een vergelijkbare aanpak als binnen het OV, incl. geleidelijke 'openstelling'.
(10)(2e)	Mantelzorg	Vermijd bezoek, houdt anderhalve meter afstand, doe alleen hoognodige zorgtaken, afschaling van professionele zorg en dagbesteding	VWS: richtlijn mantelzorg, richtlijn testbeleid voor mantelzorgers opgesteld. Richtlijn PBM voor mantelzorg volgt deze week. MantelzorgNL: Zorgladder opgesteld als escalatiemogelijkheid voor ondersteuning.	Update richtlijnen na 19 mei?

287026

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Communicatie
Media en optredens

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
R.G.C. van Poppel
Coördinator Externe Presentaties minister De Jonge

T 070- (10)(2e)
M +31(0)6- (10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum
20 mei 2020

Aantal pagina's
6

memo **Werkbezoek GGD-GHOR**

Beste Hugo,

Maandagmiddag breng je een bezoek aan GGD Regio Utrecht in Zeist en spreek je aansluitend met een afvaardiging van GGD-GHOR Nederland in Utrecht. Tijdens beide onderdelen van het bezoek staat de opschaling naar de grootschalige test- en BCO-operatie centraal.

Bij de GGD Regio Utrecht, locatie Zeist spreek je met verschillende professionals die zich bezighouden met het bron- en contactonderzoek. Hoe gaat dat in zijn werk op de werkvloer, waar is soms nog moeilijk en wat gaat juist heel goed en hoe wordt de nazorg vanuit de GGD ingericht? De verwachting is dat de opschalingsoperatie op locatie nog maar beperkt zichtbaar te maken is.

Bij het hoofdkantoor van GGD-GHOR Nederland in Utrecht vindt vervolgens het bestuurlijke gesprek plaats; je wordt welkom geheten door (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) GGD GHOR Nederland). Tijdens het gesprek met staat de volgende vraag centraal: *'Kunnen we samen concluderen dat we gaan voor 1 juni: iedereen testen met klachten, en wanneer nodig opgevolgd door BCO?'*

Bijgevoegd vind je ter voorbereiding heel beknopt:
- **Bijlage 1: Programma en pers**
- **Bijlage 2: Overzicht van aanwezigen**
- **Bijlage 3: Achtergrondinformatie**

Bij het eerste deel van het bezoek (Zeist) wordt je vergezeld door (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e). In Utrecht is vervolgens een bredere delegatie vanuit VWS aanwezig. O.a. (10)(2e) ((10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) zijn daar dan bij aanwezig.

Met hartelijke groet, ook namens (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Communicatie
Media en optredens

Datum
20 mei 2020

Bijlage 1: Programma en pers

Deel 1 – GGD Regio Utrecht, locatie Zeist	
14:00 uur – 14:05 uur	**Welkom en ontvangst** Door (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) Publieke Gezondheid bij GGD Regio Utrecht.
14:05 uur – 14:25 uur	**Gesprek met professionals** Met verschillende betrokken professionals die op de locatie Zeist werken aan (onder meer) het bron- en contactonderzoek.
14:25 uur – 14:30 uur	**Afscheid en vertrek** Je reist vanaf Zeist door naar het hoofdkantoor van GGD-GHOR
Deel 2 – GGD GHOR Nederland, hoofdkantoor te Utrecht	
14:50 uur – 15:00 uur	**Welkom en ontvangst** Bij de ingang wordt je opgevangen door (10)(2e) (10)(2e). Samen lopen jullie naar de zaal op de 2e etage.
15:00 uur – 15:30 uur	**Opschaling BCO en testen: stappenplan en planning** In aanwezigheid van een brede GGD-delegatie (zie bijlage →**2**) en onder (10)(2e) van (10)(2e) (10)(2e) wordt een presentatie gegeven over het stappenplan en de planning rond de opschaling van het BCO en het testen.
15:30 uur – 15:45 uur	**Vervolggespek opschaling BCO en testen** Aansluitend spreek je met de aanwezigen door over deze opschalingsoperatie.
15:45 uur	**Afsluiting en vertrek**

Pers en communicatie
Er wordt nog bekeken welke pers aanwezig kan zijn bij het eerste deel van het bezoek (Zeist). Axel zal sowieso zorg dragen voor enkele foto's en filmpjes die gebruikt kunnen worden op social. Het gesprek in Utrecht leent zich veel minder voor het maken van beeldmateriaal.

Bijlage 2: Overzicht van aanwezigen

In Zeist aanwezig



(10)(2e) (10)(2e)
Directeur Publieke Gezondheid GGD Regio Utrecht
Was tot 2016 dPG in de regio IJsselland (Overijssel) en bekleedde daarvoor o.a. verschillende managementfuncties bij Vitens. In een recent krantenartikel benadrukt ze haar voorliefde voor opvallende schoenen.



Jaap Donker
Directeur GGD Regio Utrecht
Donker heeft een achtergrond binnen verschillende gemeentelijke organisaties en GGD Gelderland-Zuid. Sinds januari dit jaar is hij als directeur werkzaam bij GGD Regio Utrecht.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) @ (10)(2e)
Arts infectieziektebestrijding
Studeerde in Maastricht, liep onder meer stage in Indonesië, werkte in enkele ziekenhuizen en is nu reeds 4,5 jaar werkzaam bij GGD Regio Utrecht.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) @ (10)(2e)
Arts infectieziektebestrijding
(10)(2e) heeft geneeskunde gestudeerd aan de Universiteit van Utrecht. Begin 2011 rond ze de eerste fase van de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid af, profiel infectieziektebestrijding. Nu is ze al geruime tijd werkzaam bij GGD Regio Utrecht, en als onderzoeker.

In Utrecht aanwezig



(10)(2e) (10)(2e)
Voorzitter GGD GHOR Nederland
(10)(2e) is een PvdA-bestuurder en was een van de vijf vrouwelijke staatssecretarissen in het eerste kabinet-Kok. Ze maakte carrière in de Groningse gemeentepolitiek als wethouder van onderwijs en cultuur en later van financiën en P&O. Daarna werd ze staatssecretaris van Binnenlandse Zaken, belast met de bestuurlijke reorganisatie en financiën lagere overheden.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
DPG GGD Hollands Midden
(10)(2e) is voor GGD GHOR Nederland aangesteld als portefeuillehouder Infectieziektebestrijding. Naast DPG is (10)(2e) ook Algemeen Directeur van de RDOG Hollands Midden.

287026

(10)(2e)

(10)(2e)
DPG GGD Fryslân
(10)(2e) is voor GGD GHOR Nederland aangesteld als portefeuillehouder Bron- en Contactonderzoek corona, en Monitoring corona. Sinds juni 2015 is (10)(2e) Directeur Publieke Gezondheid bij GGD Fryslân. (10)(2e) was daarvoor, sinds 2008, directeur van Zorgbelang.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Adjunct DPG GGD Amsterdam
(10)(2e) is voor GGD GHOR Nederland aangesteld als portefeuillehouder Testen. Eerder was hij 19 werkzaam bij GGD Rivierenland. Woldman studeerde geneeskunde in Amsterdam.



Hugo Backx
Directeur GGD GHOR Nederland
Hugo Backx is sinds 1 maart 2014 directeur van GGD en GHOR Nederland. Voorheen was Hugo Backx directeur publieke gezondheid (DPG) Brabant Noord, algemeen directeur GGD Hart voor Brabant en lid van de directie van GGD West Brabant.

(10)(2e)

(10)(2e)
Projectdirecteur Corona GGD GHOR Nederland
Was de afgelopen 11 jaar werkzaam bij de gemeente Utrecht, onder meer als directeur Sociaal Domein en directeur Maatschappelijke Ontwikkeling. Bekleed een nevenfunctie bij het Nederlands Jeugdinstituut.

(10)(2e)

(10)(2e)
Programmamanager Bron- en Contactonderzoek
Was voorheen vanuit de Gemeente Utrecht projectdirecteur voor de Tourstart en La Vuelta Holanda.

(10)(2e)

(10)(2e)
Programmamanager Testen
(10)(2e) (1960) is toxicoloog, epidemioloog en GAGS. Na een opleiding en promotie op het gebied van arbeid en gezondheid is hij geland in Rotterdam; bij de GGD en later de GHOR raakte hij geïnteresseerd chemische incidenten. Nu werkt hij voor GGD GHOR Nederland als programmamanger Testen.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Arts M&G Infectieziektenbestrijding
(10)(2e) is Arts maatschappij & gezondheid, gespecialiseerd in infectieziekten en epidemioloog. Als teamhoofd van de GGD in Amsterdam verscheen ze regelmatig op tv. (10)(2e) is voorzitter van het Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI) en vast lid van het Outbreak Management Team.

287026

Bijlage 3: Achtergrondinformatie

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Communicatie
Media en optredens

Datum
20 mei 2020

Kort de actuele stand van zaken op het terrein van BCO én testen, en enkele suggesties voor vragen die zowel in het eerste (testen en BCO in de praktijk) als in het tweede deel (bestuurlijk gesprek) van het werkbezoek door u aan de orde kunnen worden gebracht.

Bron- en contactonderzoek (BCO)

- De GGD voert bij een melding van een besmetting BCO uit, zodat contacten geïdentificeerd en actief geïnformeerd worden over de blootstelling en de risico's op besmetting. Ook worden ze gewezen op de maatregelen om verdere verspreiding te voorkomen.
- Normaliter hebben de GGD'en 250 fte beschikbaar voor BCO , op dit moment is dit reeds opgeschaald naar 670 fte.
- Vorige week heeft de GGD op ons verzoek een opschalingsplan voor de uitvoering van het BCO gepresenteerd.
- Elk van de 25 GGD'en schaalt in de eigen regio per 1 juni het aantal personen dat beschikbaar is voor het BCO op naar een gezamenlijk aantal van 800 fte. Hiermee zijn ze voorbereid op het scenario, waarin 2% van de uitgevoerde tests positief (besmetting) is.
- Om ook een mogelijk grotere vraag naar aan te kunnen, richten de GGD'en landelijk een flexibele schil in die opschaling (binnen 24 uur) mogelijk maakt tot 3200 fte Hiermee zijn ze ook op het maximale voorbereid.

- In samenspraak met de GGD'en heeft het RIVM het protocol voor BCO aangepast.
  - Zo is verduidelijkt dat ook de nauwe contacten allemaal zowel mondeling als schriftelijk op de hoogte worden gesteld.
  - Daarnaast zijn in het protocol ook afspraken opgenomen over het nabellen van contacten die voortgekomen zijn uit het BCO. Iedereen zal in ieder geval gebeld worden op de eerste dag, rond dag zeven en op de laatste dag.
  - Specifieke groepen kunnen vaker worden gebeld om de kans op naleving van de adviezen te vergroten. Op deze manier kunnen de GGD'en actief zicht houden op de naleving van de gemaakte afspraken en op de hoogte blijven van relevante ontwikkelingen met betrekking tot ziekteverschijnselen.

Suggesties voor vragen BCO

- U kunt de GGD vragen welke stappen inmiddels gezet zijn om de opschaling, regionaal en in de landelijke flexibele schil, voor mekaar te boksen;
- U kunt de GGD vragen welke organisaties gebruikt worden bij het invullen van de flexibele landelijke schil (eerder was sprake van ondermeer politie en rode kruis);
- U kunt de GGD vragen hoe het de kwaliteitsbewaking denkt in te richten. Als het grote aantallen worden en de overloop naar de landelijke flexibele schil wordt groter is juiste dienstverlening belangrijk (twitterberichten willen we voorkomen).

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Communicatie
Media en optredens

Datum
20 mei 2020

Testen

- Afgelopen week bleek dat het webportal voor het aanmelden voor een GGD-test pas eind juni gereed zou zijn.
- De GGD'en hebben om 6 mln euro gevraagd om ter overbrugging een landelijk telefoonnummer en callcenter in te richten.
- De GGD laat onzekerheid bestaan of het lukt om het telefoonnummer op 1 juni werkzaam te hebben, en hint op uitstel met enkele dagen.
- De publiekscampagne wordt voorbereid maar gaat pas de lucht in als het landelijke telefoonnummer 'live' is.

Suggesties voor vragen testen

- U kunt vragen of de GGD'en wel klaar zijn om vanaf 1 juni voor iedereen met klachten via de lokale ingangen een afspraak in te plannen en een test af te nemen.
- U kunt vragen of de opschaling naar 80 testlocaties per 1 juni een feit is.
- U kunt vragen hoe de GGD de inrichting van het landelijk callcenter voor zich ziet: wanneer is het operationeel, welke organisaties worden betrokken, hoe worden bellers opgeleid, welk nummer wordt gebruikt, etc.
- U kunt vragen welke ambitie de GGD heeft in de slag van single channel (bellen) naar multichannel (+ portaal). Mogelijk blijven veel mensen bellen, en de overgang moet in 1 keer lukken.
- U kunt de GGD vragen hoe ze de kwaliteitsbewaking denken in te richten. Als het grote aantallen worden en de overloop naar het landelijk callcenter wordt groter is juiste dienstverlening belangrijk (twitterberichten willen we voorkomen)

287029

Van: (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e))
Aan: (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e))
Cc: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e))
Onderwerp: RE: Programma werkbezoek minister de Jonge maandag 25 mei 2020 aan GGD Regio Utrecht te Zeist en GGD GHOR Nederland te Utrecht
Datum: vrijdag 22 mei 2020 17:04:35
Bijlagen: 200525.memo.GGDGHORbezoek.vTAS.docx

Dag allen,

Bijgevoegd het memo'tje dat bij Hugo de tas in gaat.

Voor de minister worden de volgende tijden aangehouden:
13:00 Vertrek VWS (naar Zeist)
14:00 aankomst GGD regio Utrecht - Vestiging Zeist, De Dreef 5, 3706 BR Zeist
14:30 vertrek GGD Zeist (naar Utrecht)
14:45 aankomst GGD GHOR Nederland, Zwarte Woud 2, 3524 SJ Utrecht
15:45 vertrek GGD GHOR Nederland (naar Den Haag)
16:45 aankomst Den Haag

Groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 22 mei 2020 14:26
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>
Onderwerp: RE: Programma werkbezoek minister de Jonge maandag 25 mei 2020 aan GGD Regio Utrecht te Zeist en GGD GHOR Nederland te Utrecht

Ha (10)(2e) en (10)(2e),

Ik zou graag al willen aansluiten in zeist (heb sterk behoefte aan een andere blik op de realiteit dan alleen van papier). Is dat voor jullie ok?

Met vriendelijke groet,
(10)(2e)
(10)(2e) Volksgezondheid

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Datum: vrijdag 22 mei 2020 2:17 PM
Aan: (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <of.(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e)) <l.d.jong@minvws.nl>
Kopie: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>, _Dienstpostbus Secretariaat PG <(10)(2e)_minvws.nl>

Onderwerp: Programma werkbezoek minister de Jonge maandag 25 mei 2020 aan GGD Regio Utrecht te Zeist en GGD GHOR Nederland te Utrecht

Goedemiddag allemaal,

Heel even ingecheckt om het werkbezoek van aanstaande maandag rond te breien, ik tune zo weer uit.

GGD GHOR heeft het werkbezoek van onze minister toch zo weten in te richten dat hij eerst op een locatie van de GGD Utrecht is (Zeist), en daarna naar het hoofdkantoor van GGD GHOR gaat: yes!

Zie hieronder het programma zoals we dat vanmiddag van GGD GHOR ontvangen hebben: deel 1 de GGD werkvloer, en deel 2 het bestuurlijk gesprek.

Aandachtspunt: op de locatie in Zeist kunnen max 4 mensen aanwezig zijn van VWS. Naast onze minister en (10)(2e) (ik begrijp dat hij er in Zeist ook bij zal zijn zodat er een communicatiemoment van gemaakt kan worden) is er dus nog ruimte voor max 2 VWS'ers.

@(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e): stemmen jullie met elkaar af wie van jullie naar Zeist gaan samen met de minister en (10)(2e) en vervolgens naar het hoofdkantoor komen voor deel 2?

@(10)(2e): ik stel voor dat wij elkaar rond 14.45 treffen bij het hoofdkantoor zodat we aan kunnen sluiten bij deel 2. Samen reizen (trein/taxi) kan eventueel ook, dan zien we elkaar eerder in Den Haag.

@(10)(2e): stuur je ons het informatiemapje dat de minister meekrijgt ook nog toe, dan hebben wij dat ook paraat.

Tot zover. Goed weekend allemaal, en tot maandag!
(10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 22 mei 2020 13:28
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: FW: Programma werkbezoek minister de Jonge maandag 25 mei 2020 aan GGD Regio Utrecht te Zeist en GGD GHOR Nederland te Utrecht
Urgentie: Hoog

Van: (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@ggdghor.nl>
Verzonden: vrijdag 22 mei 2020 12:09
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@ggdghor.nl>
Onderwerp: Programma werkbezoek minister de Jonge maandag 25 mei 2020 aan GGD Regio Utrecht te Zeist en GGD GHOR Nederland te Utrecht
Urgentie: Hoog

Beste (10)(2e)

Onderstaand stuur ik je het programma voor het werkbezoek van minister de Jonge toe. Dat werkbezoek zal starten in Zeist, waar de minister het proces BCO kan zien en met betrokkenen kan spreken. Daarna gaat hij naar het kantoor van GGD GHOR Nederland voor het vervolg van het bezoek.

TIJD	WAT	WIE	BIJZONDERHEDEN
14.00-14.30	Bezoek GGD Regio Utrecht, locatie Zeist, De Dreef 5, 3706 BR Zeist	Ontvangst door (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) Publieke Gezondheid GGD Regio Utrecht	De minister spreekt met professionals, krijgt inzicht in de uitvoering van de bron- en contactopsporing in de praktijk. Graag beperkt aantal bezoekers (3 à 4) vanuit VWS i.v.m. afstandscriterium.
14.30-14.50	Reistijd Zeist – Lunetten	-	-
14.50-15.00	Aankomst GGD GHOR Nederland, Zwarte Woud 2 3524 SJ Utrecht, en aankomst in de vergaderruimte	-	De minister kan worden afgezet voor de hoofdingang en zal daar worden opgevangen. Met trap of lift naar de tweede etage.
15.00-15.05	Welkom door (10)(2e) (10)(2e), voorzitter GGD GHOR Nederland en voorzitter van de bijeenkomst	(10)(2e) Vondervoort	Aanwezig vanuit GGD GHOR Nederland: (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) GGD GHOR Nederland), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DPG Hollands Midden, (10)(2e) Infectieziektebestrijding GGD GHOR Nederland), (10)(2e) (10)(2e) (DPG GGD Fryslân, (10)(2e) Bron- en Contactonderzoek Corona en Monitoring Corona GGD GHOR Nederland, (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) DPG GGD Amsterdam, (10)(2e) Testen Corona GGD GHOR Nederland), Hugo Backx (directeur GGD GHOR Nederland), (10)(2e) ((10)(2e) Corona GGD GHOR Nederland), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) BCO), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) Testen), (10)(2e) (10)(2e) (Public Affairs GGD GHOR Nederland), (10)(2e) (10)(2e) (arts M&G Infectieziektebestrijding, (10)(2e) LOI, (10)(2e) Algemene

			Infectieziekten GGD Amsterdam), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) GGD GHOR Nederland)
15.05-15.30	Presentatie opschaling BCO en testen: stappenplan en planning	*Volgt*	-
15.30-15.45	Gesprek o.l.v. (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	-
15.45	Conclusies en afsluiting	(10)(2e) (10)(2e)	-

Graag hoor ik of je hiermee uit de voeten kunt. Wij hebben begin van de avond nog een overleg met alle betrokkenen. Dan bespreken we wie de presentatie zal / zullen verzorgen.
Ik hoor graag!

Met vriendelijke groet,
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) (10)(2e)
(10)(2e)

GGD GHOR Nederland
Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht

E-mail (10)(2e)@ggdghor.nl
Telefoon 06-(10)(2e)
Website www.ggdghor.nl
(10)(2e) GGDGHORNL

De uitbraak van het nieuwe Coronavirus vraagt dat ook wij, in lijn met de maatregelen van de Rijksoverheid, zoveel mogelijk thuiswerken. U kunt mij goed bereiken via e-mail of via mijn mobiele telefoon.

287036

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Het Outbreak Management Team
t.a.v. (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) - (10)(2e),
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
T (070)-(10)(2e)
M (31) (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Kenmerk
1693787-205538-PG

Bijlage(n)
5

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 20 mei 2020
Betreft aanvullende OMT adviesaanvraag 20 mei 2020 (addendum)

Geachte heer (10)(2e)

Hierbij ontvangt u nog een aanvulling op de vragen die ik u gisteren stuurde ten behoeve van de bijeenkomst van het OMT op 25 mei aanstaande.

Onder 'doorkijk naar volgende stappen' zoals opgenomen in de adviesaanvraag van 19 mei wil ik graag aan de vraag over sportscholen/fitnesscentra de sauna's en wellnessresorts toevoegen. Ook hiervoor geldt dat het verband houdt met aerogene verspreiding via ventilatiesystemen. Zie ook bijgevoegde protocol en aanvullende informatie.

287036

Hoogachtend,

De (10)(2e) Volksgezondheid,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

Directoraat Generaal
Volksgezondheid
Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en
Infectieziekten

Kenmerk
~~1692789-205460-PG.~~
1693787-205538-PG

287039

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Het Outbreak Management Team
t.a.v. (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1692789-205460-PG

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 19 mei 2020
Betreft OMT-advies aanvraag 19 mei 2020

Geachte (10)(2e) (10)(2e),

Met het oog op de bijeenkomst van het OMT zoals gepland op maandag 25 mei wil ik u graag een aantal vragen voorleggen, deels al eerder aangekondigd en deels naar aanleiding van het laatste OMT advies van 15 mei.

Doorkijk naar volgende stappen, waaronder diverse sportvragen (bijlage 1 tot en met 4)
Zoals al aangegeven in uw advies van 18 mei gaat u in het volgende OMT in op de vraag die ik u op 13 mei jl. al stelde, namelijk:

Zijn er activiteiten of branches te benoemen die in de komende stappen zitten die mogelijk eerder kunnen worden versoepeld? Wat zijn de gezondheidseffecten daarvan? Daarbij vroeg ik u op 13 mei specifiek aandacht te besteden aan:
- Sportkantines; sportclubs mogen per 11 mei open maar kantines moeten nog gesloten blijven. Zijn er mitigerende maatregelen denkbaar waardoor sport-kantines toch open kunnen?
- Sportscholen/fitnesscentra en binnensport (nu gepland voor 1 september)? Dit onderwerp houdt verband met aerogene verspreiding via ventilatiesystemen waar het OMT 15 mei jl. op adviseerde en aangaf dat dit complexer is en uit-werking vraagt. Inmiddels zijn een aantallen protocollen aangeleverd. In de bijlage treft u protocollen aan ten behoeven van binnensport (noc/nsf) en van sportscholen en fitnesscentra. In hoeverre schat u de daarin aangedragen aanvullende maatregelen doeltreffend en toereikend om het risico op besmet-ting tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen?

Vervoer
In het OMT advies van 15 mei geeft u aan met een nadere uitwerking te komen van leerlingenvervoer in het speciaal onderwijs. Deze heb ik inmiddels ontvangen, waarvoor dank. In vervolg hierop vraag ik u welke voorwaarden zouden moeten gelden voor het vervoer van mensen die gebruik maken van dagbesteding? Dit betreft onder meer ouderen en mensen met een beperking die geen COVID-besmetting dan wel COVID-klachten hebben. Kan bij dit vervoer worden volstaan met het gebruik van niet-medische mondkapjes voor chauffeur en passagier gegeven de bestaande richtlijnen voor het gebruik van PBM voor zorgprofessionals

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Kenmerk
1692789-205460-PG

alsook de afspraken omtrent het gebruik van niet-medische mondkapjes in het OV?

Overig (bijlagen 5,6 en 7)

- In het OMT advies van 15 mei geeft u op aan dat het momenteel nog onduidelijk is in hoeverre zingen, roepen en schreeuwen het risico op verspreiding verder kunnen verhogen. U doet daarom de aanbeveling om uit voorzorg in afwachting van meer duidelijkheid, deze geforceerde activiteiten van de stem te vermijden, met name in afgesloten ruimtes. Wat is uw advies, gegeven deze aanbeveling, voor oa het hervatten van activiteiten door zangkoren en fanfares?
- Tenslotte vraag ik graag uw aandacht voor de specifieke problematiek met betrekking tot arbeidsmigranten. Zie bijgevoegd een aantal specifieke vragen en een coronaveiligheidsprotocol voor arbeidsmigranten.

Hoogachtend,

De (10)(2e) Volksgezondheid,

(10)(2e)

(10)(2e)

RVS advies: Hier is de verhouding tussen individu en collectief in beweging: er is ruimte voor contextgebonden afwegingen binnen publiek vastgestelde kaders en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid.

De RVS adviseert om deze tweede route te kiezen als richting voor de volgende fase. Dat betekent dat er een ander beroep op burgers, professionals, bestuurders, ondernemers en onderzoekers gedaan gaat worden. Zij krijgen – binnen publiek vastgestelde kaders, elk in hun eigen context en vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid – meer ruimte en vertrouwen om een afweging te maken tussen de verschillende waarden die voor hen belangrijk zijn, en om daar ook naar te handelen. Bijvoorbeeld door een afweging te maken over het beperkt toelaten van bezoek in een verpleeghuis om vereenzaming tegen te gaan. Of door ervoor te kiezen een kind met een beperking wél naar de dagbesteding te laten gaan, omdat de druk op de rest van het gezin niet vol te houden is. Of – en dat kan ook – door de afweging te maken een afdeling of instelling juist extra te isoleren, omdat een uitbraak van het virus in de regio de personeelsbezetting emstig onder druk zet en continuïteit van zorg anders in gevaar komt.

Thema 1 Kwaliteit van leven & sterven

Laat het overkoepelende verbod op bezoek in instellingen los. Geef verpleeghuizen, ggz-instellingen, instellingen in gehandicaptenzorg, jeugdhulp en beschermde woonvormen de ruimte om binnen kaders te komen tot een passende bezoekersregeling in tijden van corona. De uitkomst daarvan kan per sector, en zelfs per instelling of locatie verschillen. De overwegingen van cliënten en hun naasten enerzijds en van de betrokken professionals anderzijds zijn van belang om tot een beslissing te komen. Die overwegingen kunnen ingebracht worden via onder meer cliëntenraad, familieraad en ondernemingsraad. Het bestuur neemt uiteindelijk een gedragen besluit en geeft daarmee invulling aan zowel mensgerichte zorg als goed werkgeverschap. Afstemming met de lokale GGD is een belangrijke voorwaarde, net als het voorzien in de benodigde testcapaciteit voor betrokken professionals en het beschikbaar stellen van de nodige beschermingsmiddelen aan zowel professionals als bezoekers. De bezoekers die naar aanleiding van zo'n besluit worden verwelkomd hebben bovendien een eigen verantwoordelijkheid om hun andere sociale contacten te minimaliseren – en mogen daarop aangesproken worden.

Stimuleer huisartsen, praktijkondersteuners en (wijk)verpleegkundigen om met oudere en/of emstig zieke cliënten het goede gesprek over kwaliteit van leven en waardig sterven te voeren. Bijvoorbeeld met behulp van een levenstestament of behandelpaspoort. De uitkomst kan zijn dat het voorkomen van besmetting in een specifieke casus ondergeschikt is aan de mentale- en gezondheidsschade als gevolg van isolement. Of dat opname en behandeling in geval van besmetting niet opwegen tegen de zware revalidatie met beperkte kansen op goed herstel daarna. In deze setting moeten cliënten, hun naasten en de betrokken hulpverleners samen tot een goede afweging kunnen komen over de waarde van bezoek, interactie en contact. Op een zelfde manier dus waarop nu al tot afwegingen over wel/niet reanimeren of wel/niet doorbehandelen gekomen wordt.

Bied alleenstaanden van alle leeftijden de ruimte om toch beperkt samen te komen met anderen, bijvoorbeeld door hen toe te staan met een beperkt aantal andere personen een tijdelijk 'huishouden' te vormen. Dit kan mentale gezondheidsschade van sociaal isolement op langere termijn voorkomen. Ook hier geldt de verantwoordelijkheid van 'huishoudens' om hun andere sociale contacten te minimaliseren.

Het voorkomen en vertragen van besmetting is dus één aspect van kwaliteit van leven in plaats van het enige aspect. Zowel in de periode van het versoepelen van maatregelen als in een mogelijke fase van nieuwe verspreiding van het virus. De context bepaalt hoeveel gewicht dit aspect zou moeten krijgen – en dat kan dus per sector, instelling, locatie of huishouden verschillen. Laagdrempelig testen (en dat ook goed begeleiden en monitoren), contactonderzoek verrichten en beschermingsmiddelen inzetten zijn daarbij belangrijke voorwaarden. Laagdrempelig testen (en dat ook goed begeleiden en monitoren), contactonderzoek verrichten en beschermingsmiddelen inzetten zijn daarbij belangrijke voorwaarden.

Thema 2 Ongelijkheid & kwetsbare groepen

Sta versoepelingen van de maatregelen als eerste toe op die plekken waar de verhouding tussen winst in termen van goed en gezond (samen)leven versus risico op verspreiding van het virus het meest voordelig uitvalt. De mate waarin bepaalde groepen voor hun basale levensbehoeften afhankelijk zijn van anderen kan houvast bieden voor het maken van dit type onderscheid. Dus bijvoorbeeld eerst weer dagbesteding voor psychiatrische patiënten, zorg en begeleiding voor kinderen met een beperking, of hervatting van werk op sociale werkvoorzieningen. Daarin is fysieke nabijheid onvermijdelijk. Een anderhalvemetersamenleving werkt hier simpelweg niet. Dat betekent dan ook dat voldoende beschermingsmiddelen en testcapaciteit voor zowel betrokken professionals als cliënten en hun naasten hier van groot belang zijn.

Onderschat de gezondheidseffecten van stress, onzekerheid en werkloosheid niet. De mentale gevolgen van de crisis kunnen we bij lange na niet overzien. De positie van kleine ondernemers, mensen met flexibele contracten en zzp'ers komt niet alleen in economische zin onder druk te staan, maar (financiële) onzekerheid kan ook leiden tot stress en gezondheidsklachten op langere termijn. Signaleer daarom waar bestaanszekerheid door de crisis onder druk komt te staan en wees daar op lokaal niveau tijdig bij. Niet alleen vanuit economische overwegingen, maar ook vanuit de maatschappelijke gevolgen van bestaansonzekerheid voor gezondheid, welzijn en participatie van mensen. In het recente advies Herstel begint met een huis heeft de RVS laten zien dat bestaansonzekerheid een belangrijke onderliggende verklaring voor dakloosheid is. In dat advies biedt de RVS ook handvatten voor vroegsignalering van bestaanszekerheid.

Een bredere opvatting over wat mensen kwetsbaar maakt helpt om meer verschil te maken in of, hoe en wanneer maatregelen worden verruimd. Dat geldt ook voor de communicatie daarover: die moet toegankelijk en begrijpelijk zijn al naar gelang de doelgroep. Te zijner tijd is het in het verlengde hiervan ook goed om al na te denken in welke volgorde een eventueel vaccin toegankelijk wordt, wat ons betreft te beginnen met kwetsbare groepen.

Thema 3 Zorg & ondersteuning in beweging

Maak verwijzingen, beschikkingen en indicatiestellingen op maat niet alleen nu maar structureel mogelijk. Zodat in elke casus een afweging plaatsvindt over waar en hoe veilige en verantwoorde zorg of ondersteuning geboden kan worden. Bijvoorbeeld als het gaat om het snel verplaatsen van zorg van ziekenhuis naar verpleeghuis, of om het voeren van een indicatiegesprek op afstand in plaats van in persoon.

Focus niet alleen op onderbehandeling en de gevolgen daarvan, maar durf ook in beeld te brengen waar het niet leveren van zorg of ondersteuning positief uitpakt. Het is wenselijk dat er met spoed onderzoek wordt gedaan naar de effecten van de opgeschorte zorg. Het initiatief ligt bij de partijen in het veld; Zorginstituut Nederland heeft hierin vanuit haar wettelijke taken ook een belangrijke rol. De crisis biedt een kans om overmedicalisering en overbehandeling in de praktijk te doorbreken. Dat kan een goede balans in kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning bevorderen, en ook interessante inzichten bieden ten aanzien van preventie.

Bied zekerheid en ruimte aan grote én kleine zorgaanbieders door in deze fase met aanneemsommen in plaats van p x q-financiering te werken. Zorgverzekeraars doen dat al ten dele door bijvoorbeeld ziekenhuizen ondanks de grootschalige behandelstop te blijven financieren. Ook gemeenten kunnen hier veel in betekenen. Dat geeft zorgaanbieders in alle sectoren de kans om vanuit wederzijds vertrouwen te verkennen hoe en in welke (nieuwe) vorm zij hun zorg weer kunnen oppakken. Het is bovendien een vorm van risico's delen die past bij het publieke belang dat zorgaanbieders dienen. Er mag ook wat tegenover staan, zoals toetsing op zinnige zorg of digitaal aanbod. Ten slotte biedt deze vorm van financiële zekerheid ruimte voor het vormgeven van innovatieve praktijken, waarop later kritisch en evenwichtig gereflecteerd kan worden met zowel zorgverzekeraars en gemeenten als patiënten en cliënten.

De wens tot meer domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals en tussen organisaties in het belang van kwaliteit van zorg en ondersteuning klinkt al langer, maar komt nu in een stroomversnelling. Het is waardevol om scherp te krijgen hoe dat precies verloopt. Dat betekent concreet:

Inventariseer hoe en onder welke voorwaarden samenwerking nu tot stand komt, en waar die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning ten goede komt (en ook waar niet!). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zou hier mogelijk een rol in kunnen hebben.

De vernieuwing van nu is indrukwekkend en kan voor patiënten en cliënten ook echt een waardevolle verandering betekenen. Daarom is dit advies ook een oproep tot flexibiliteit gericht aan overheid, zorgverzekeraars en beroepsgroepen waar het gaat om het snel aanpassen, loslaten of verbeteren van regels en procedures. Dat betekent concreet:

Omarm 'zorg op afstand' niet als hét nieuwe normaal, maar als waardevolle en onmisbare uitbreiding van het repertoire dat zorg- en hulpverleners te bieden hebben. Professionals zijn aan zet om in overleg met hun cliënten en patiënten steeds een afweging te maken over welke vorm van zorg of ondersteuning passend is. Dat heeft gevolgen voor ons begrip van kwaliteit en veiligheid van zorg. Regels en procedures moeten daarbij aansluiten.

Improvisatievermogen en innovatiekracht van patiënten, professionals en bestuurders hebben tijdens de crisis een hoge vlucht genomen. Daarop voortborduren vraagt enerzijds alertheid om te kunnen behouden wat goed blijkt te werken en zicht te krijgen op waar regels en procedures dat belemmeren. Anderzijds vraagt het om te blijven reflecteren op de vraag of de lessen ook passen in een niet-crisis fase.

Thema 4 Adaptief bestuur & leiderschap

De RVS beveelt aan om in de komende fase brede en openlijke inspraak, ruggenspraak en tegenspraak te organiseren. Dat betekent concreet:

Uitbreiden en verbreden van wetenschappelijke expertise én ervaringskennis die gebruikt wordt als input voor politieke besluitvorming. Dat geldt op korte termijn voor het Outbreak Management Team, maar met oog op de langere termijn is het ook nuttig om andere kennisverbanden te benutten. In de afgelopen jaren is in het kader van de Nationale Wetenschapsagenda ervaring opgedaan met onderzoek naar grote maatschappelijke uitdagingen. Daarbij worden zowel burgers, bedrijven, NGO's, kennisinstellingen als overheidsorganisaties betrokken. Uit dat proces en de lessen die daaruit getrokken zijn kan geput worden.

Om een gelijkwaardige, constructief kritische dialoog te kunnen voeren is gelijkwaardige toegang tot kennisbronnen noodzakelijk. Dat pleit voor het openbaar maken van rekenmodellen, onder meer van het RIVM, en voor het publiceren van wetenschappelijke kennis die nu ontwikkeld wordt via open access kanalen (in lijn met kabinetsbeleid m.b.t. open science).

Borg een zorgvuldige bespreking en stemming over de wet Coördinatie uitzonderingstoestanden die nu voorligt in het parlement. De wet beoogt het democratische proces in de politieke besluitvorming te herstellen. Dat is goed, maar begint bij zorgvuldige politieke besluitvorming over de wet zelf.

Ook heel praktische, empirische kennis en ervaring kan benut worden bij afwegingen in de komende fase. Dat betekent concreet:

Geef burgers zelf een veel grotere rol in het monitoren van ziektesymptomen en in het doen van contactonderzoek. Hierin kunnen we leren van andere landen. Onder meer Duitsland, Australië en Canada hebben gekozen voor een vorm van 'citizen science' via een app van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Deze app maakt het mogelijk dat vrijwilligers snel en gericht contactonderzoek kunnen doen onder coördinatie en begeleiding van de GGD. Op deze manier levert 'empirische' kennis input voor politieke afwegingen over maatregelen. Ook in eigen land zijn goede initiatieven om burgers iets in handen te geven om zelf alert te kunnen zijn op symptomen, met daarbij aanwijzingen voor tijdig inschakelen van zorg.

Het verwelkomen van andere perspectieven, kennis en ervaringen draagt bij aan adaptief bestuur en mobiliseert betrokkenheid van burgers en organisaties bij besluitvorming. Dat is een belangrijke democratische basis voor de complexe afwegingen die nog voor ons liggen.

Tot slot: Vertrouwen & veerkracht

287066

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Voorzitters veiligheidsregio's

Directie Publieke Gezondheid

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum
Betreft Tweede aanvulling op aanwijzing COVID-19

Geachte voorzitter,

Gehoord hebbende het advies van het Outbreak Management Team en het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg van 30 maart 2020 en na overleg in de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing van 31 maart 2020, geef ik u op basis van artikel 7 van de Wet publieke gezondheid, met inachtneming van artikel 39 van de Wet veiligheidsregio's, onderstaande opdracht.

De door mij eerder verstrekte opdrachten[1] worden met ingang van 7 april verlengd tot en met 28 april 2020. Uiterlijk 28 april 2020 zal een heroverweging van de maatregelen plaatsvinden. De opdracht inzake het verbod voor evenementen blijft, voor alle duidelijkheid, gelden tot 1 juni 2020.

Daarnaast dient uw bevoegdheden op het terrein van de openbare orde en veiligheid als bedoeld in artikel 39 van de Wet veiligheidsregio's, waaronder, indien nodig, het opnemen van voorschriften in een noodverordening als bedoeld in artikel 176 van de Gemeentewet, in te zetten zodat wordt overgegaan tot het sluiten van sanitaire voorzieningen in de vorm van gemeenschappelijke toilet-, was- en douchevoorzieningen zowel op of bij recreatieparken, vakantieparken, kampeerterreinen en kleinschalige kampeerveldjes als bij parken, natuurgebieden en stranden om reisbewegingen te ontmoedigen en daarmee de verspreiding van het coronavirus te beperken.

---

[1] Aanwijzingen van de minister voor Medische Zorg en Sport, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid, van 13 maart 2020, nr. 1662578-203166-PG, van 15 maart, nr. 1663097-203238-PG en van 17 maart, nr. 1663666-203280-PG, de aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 maart 2020, nr. 1665126-203432-PG, de aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid, van 23 maart 2020, nr. 1665182-203445-PG, en de aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de minister van Justitie en Veiligheid, van 24 maart 2020, nr. 1666478-203555-PG.

287066

Verder wordt, in aanvulling op de extra uitzondering in de eerdere aanwijzing COVID-19 van 23 maart 2020, een extra uitzondering gemaakt op de sluiting van verblijven voor kinderopvang en gastouderopvang[2] voor de noodopvang van kinderen van 0-4 jaar voor wie vanwege bijzondere problematiek of moeilijke thuissituatie maatwerk nodig is. Op basis van een lokaal vastgestelde procedure tussen gemeenten en betrokken organisaties voor kinderopvang of gastouderopvang met betrokkenheid van o.a. Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming, gecertificeerde instellingen en zorgpartners, wordt bepaald voor wie dit maatwerk nodig is.

Directie Publieke Gezondheid

Kenmerk
1671030-203951-PG

Als u problemen ervaart bij de uitvoering, verzoek ik u contact op te nemen met het coronateam van het Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum (LOCC-N).

Hoogachtend,

Mede namens de minister van Justitie en Veiligheid,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

[2] Gastouderopvang in de zin van de Wet Kinderopvang.

Van: (10)(2e)
Aan: (10)(2e)
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: FW: Uitnodiging overleg minister de Jonge en DPG-en 04-05-2020 17:00-18:00 WEBEX
Datum: vrijdag 1 mei 2020 16:55:30
Bijlagen: 20200428 Verslag overleg minister en DPGen.docx

Ook voor jullie dus..

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) minister Hugo de Jonge

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken|
Parnassusplein 5| 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
+3170 (10)(2e) +316 (10)(2e) |(10)(2e) (10)(2e)@minvws.nl| www.rijksoverheid.nl |

Bij VWS geldt een legitimatieplicht voor de toegang tot het ministerie. Dit betekent dat bij uw bezoek aan VWS om geldige legitimatie wordt gevraagd voor u het pand verder kunt betreden. Graag vraag ik uw aandacht hiervoor. Alvast bedankt voor de medewerking.

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 30 april 2020 17:07
Aan: (10)(2e)@dienstgezondheidjeugd.nl; (10)(2e)@ggd.amsterdam.nl; (10)(2e)@ghorasd.nl; (10)(2e)@ggdbzo.nl; (10)(2e)@ggddrenthe.nl; (10)(2e)@ggdflevoland.nl; (10)(2e)@ggdflevoland.nl; (10)(2e)@ggdgelderlandzuid.nl; (10)(2e)@ggdgv.nl; (10)(2e)@ggd.groningen.nl; (10)(2e)@ggdhaaglanden.nl; k.(10)(2e)@ggdhvb.nl; (10)(2e)@ggdhm.nl; (10)(2e)@ggdhn.nl; (10)(2e)@ggdijsselland.nl; (10)(2e)@vrln.nl; (10)(2e)@vrln.nl; (10)(2e)@ggdnog.nl; (10)(2e)@ggdru.nl; (10)(2e)@rotterdam.nl; (10)(2e)@ggdtwente.nl; (10)(2e)@ggdwestbrabant.nl; (10)(2e)ggdzw.nl; (10)(2e)@ggdzeeland.nl; (10)(2e)@ggdzl.nl; (10)(2e)@ggdzl.nl; (10)(2e)@vggm.nl; (10)(2e)@vrfryslan.nl; (10)(2e)@vrk.nl; (10)(2e)@ggdghor.nl; (10)(2e)@ggdghor.nl; (10)(2e)@ggdghor.nl; (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@igj.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@ggdghor.nl; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; _Dienstpostbus Secretariaat PG <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; _Dienstpostbus DCC-VWS <DCC@minvws.nl>
Onderwerp: Uitnodiging overleg minister de Jonge en DPG-en 04-05-2020 17:00-18:00 WEBEX

Geachte directeur Publieke Gezondheid, en andere betrokkenen,

Zoals besproken in het overleg van 28 april jl. nodig ik u hierbij uit voor een vervolgoverleg via WEBEX met minister de Jonge op maandag **4 mei om 17:00-18:00 uur**.

Bijgaand treft u het verslag van het vorige overleg. Onderstaand de agenda en de WEBEX link om deel te nemen aan het overleg.

Agenda

1. Opening en verslag
2. Reflectie minister op de diverse klankbordoverleggen in de aanloop naar 6 mei
3. Zorgcapaciteit buiten de ziekenhuizen
   - Kerngetallen
4. VVT
   - Financiering
   - Bezoekregeling verpleeghuizen
5. Testen en bron- en contactonderzoek
   - Opschaling
   - Capaciteit bron- en contactonderzoek GGD-en
6. PBM in zorg/PBM buiten de zorg
7. Afsluiting

WEBEX (10)(2g)

Vergaderingsnummer (toegangscode): (10)(2g)
Wachtwoord voor vergadering: (10)(2g)

Mocht u liever fysiek aanwezig zijn bij het overleg dan bent u van harte welkom op het ministerie VWS in zaal (10)(2e)

Ik verzoek u te mailen indien u niet deel kunt nemen aan dit overleg. Ook verzoek ik u om te mailen indien u fysiek aanwezig bent bij het overleg, dan wordt u voor het overleg aangemeld. U kunt mailen naar (10)(2e)@minvws.nl.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)1 (10)(2e)

(10)(2e) Publieke Gezondheid van VWS

287074

Afstemmingsoverleg 30 april

PROCES

Crisis Coronavirus
Datum, tijdstip en locatie 30 april 2020 10:45-11:45
Volgend overleg 1 mei 2020 10:45-11:45
<u>Aanwezigen:</u>
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (Stas)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e))(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (RIVM)
(10)(2e) (IGJ)
10)(2e) (10)(2e) (SG)
(10)(2e) (10)(2e (10)(2e) (10)(2e) (Dco)
(10)(2e))((10)(2e) (DMO)
(10)(2e) 10)(2e (10)(2e) (PA)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 30 april

Notitie DGV nieuwe verhaal

Proces

- Morgen wordt de notitie uitgedeeld in de MR ter bespreking. Vandaag worden nog onderdelen verbeterd. DGV neemt de voorgestelde volgorde van te zetten stappen bij versoepelen maatregelen op met NCTV.
- DGV mailt de notitie vast naar Jaap. Vanavond overleggen DGV en MVWS over de versie voor de MR.
- Voor de MR wordt ook het eerdere afwegingskader (dashboard met o.a. R0, IC, maatschappelijk draagvlak) meegenomen en benoemd.
- Het eigenaarschap voor de overgangsfase moet uiteindelijk naar EZK en J&V maar zo lang zij niet voelen moeten wij op agenda blijven zetten. DGV zal richting anderen duwen op voorlopig met dit voorgestelde pakket werken zolang er geen andere voortgang op is uit de andere departementen.

Inhoud:

- Als voorwaarde voor volgende stappen moet een kader worden ingevoegd over gedragsadviezen, met daarin: Voorlopig houden we vast aan het *zoveel mogelijk thuis blijven*.
- Randvoorwaarden voor gedragsadvies *thuisblijven als je ziek bent, als je koorts hebt, blijft het hele gezin thuis*: 1) het organiseren van het OV en openbare ruimte; 2) een gedragscampagne tbv de nieuwe sociale norm inclusief voorbeelden wat wel/niet kan. **DCo** kijkt al naar perspectieven tweede tranche van huidige campagne en neemt dit daarin mee.
- Het advies "blijf zoveel mogelijk in de buurt" is een mogelijke logische tussenstap. DGV maakt voor dit mogelijke pakket ook een kader over in de notitie.
- Mondkapjes blijven in notitie staan, met een toevoeging dat het om non-medische kwaliteit gaat. We maken twee routes met mogelijke kettingreacties (bevordert het nou compliance 1,5m of niet, gaan mensen toch niet massaal online kopen). Die twee routes laten we door de gedragsunit van het RIVM beoordelen.

Toelichting
Veiligheid/mate van handhaafbaarheid moet worden meegenomen in de afweging bij verschillende mogelijke pakketten van maatregelen, net als het advies van het RIVM. Waarschijnlijk komt de kanteling

287074

naar de nieuwe gedragsnormen rond 1 juni omdat er tijd nodig is rond bv. het regelen van het OV met mondkapjes, het organiseren van een gedragscampagne en het op orde krijgen van het monitoringssysteem en testen.

Testen

- Iedereen die te maken heeft met patiënten mag getest worden. Dit moet gelijk volgende week ingaan want we moeten testcapaciteit benutten. **RIVM** past zsm de testrichtlijnen aan zodat de huidige restricties voor mensen in de zorg (huishoudelijk verzorgenden) en mantelzorgers komen te vervallen.
- **Inge en dDMO** gaan in gesprek met huisartsen om te zorgen dat alle mantelzorgers die verbonden zijn aan een cliënt ook getest mogen worden en zo nodig rechtstreeks doorverwezen worden naar de GGD. Bij positief geteste cliënten mag mantelzorger ook PBM krijgen via waar getest is. Indien nodig daarna contact hierover tussen minister en huisartsen.

Toelichting:

- Het kabinetsbeleid is dat alle medewerkers in de zorg die werken met patiënten, getest kunnen worden. De testrichtlijn van het RIVM voor de zorgsector, moet in lijn zijn met het kabinetsbeleid.
- Met de verruiming naar bijvoorbeeld huishoudelijke zorg, maatschappelijke opvang en mantelzorgers bij kwetsbaren, zouden we uitkomen op 11.000 testen per dag. We testen nu maar ongeveer 7000 mensen per dag.
- De GGD geeft aan dat de huidige testcapaciteit voldoende is. Ook zijn er signalen dat overige labs nog onvoldoende benut worden en dat huisartsen onvoldoende mantelzorgers testen.

OMT

- Er moet worden uitgedacht hoe de adviesaanvraag en proces richting het OMT eruit moet zien.
- Vandaag stuurt **PG** de verzamelde punten rond met de vraag of iets gemist wordt.
- **MVWS** sondeert in MR de punten van de adviesaanvraag. Dit zal o.a. gaan over de bezoekregeling verpleeghuis zorg, testen en traceren, de mondkapjes en optionele stappen in de maatregelen.

Kamerbrief

- Notitie nieuwe verhaal voor Catshuis wordt de hoofdlijn voor de Kamerbrief met daarna paar bondige kopjes met alleen nieuw beleid – dus optie 1 uit het voorliggende voorstel (beperkte Kamerbrief).

Toelichting:

De hoofdboodschap is het nieuwe verhaal dat door DGV wordt opgesteld, met daarin een aankondiging naar de volgende fase. De brief wordt nadrukkelijk korter, alleen op hoofdonderwerpen worden teksten gevraagd. Heb je echt nieuw beleid, of moet de Kamer een ontwikkeling weten? Dan kan het in de brief. Moties en toezeggingen kunnen eventueel onder 'overig' worden afgedaan, voor zover deze niet onder de hoofdkopjes vallen. Vandaag volgt een nieuwe uitvraag met nieuwe inhoudsopgave.

Planning 5 mei

- Dinsdag afstemmingsoverleg via telecall.
- De drie clusters die moeten schrijven op de thema's moeten vanuit thuis beschikbaar zijn en ook voor de voorbereiding van Q&A's moeten mensen vanuit thuis beschikbaar zijn.
- Dinsdag ochtend eerste concept brief ter bespreking in het afstemmingsoverleg, dinsdagavond een tweede concept klaar, woensdagochtend tweede concept bespreken in het afstemmingsoverleg.

Debat

- **DGV en MVWS** bespreken apart de verdeling met de premier volgende week

Overig

- **WJZ** werkt de WOB instructie uit en zal deze aan het departement sturen.
- **DGV** zorgt ervoor dat het OMT gevraagd wordt of hun stukken openbaar kunnen. We geven vervolgens aan de TK door wat het OMT daarvan vindt.
- Huidige stavaza van het narratief over PBM's: Reacties geïnterviewden worden toegevoegd. **DCO** verstuurt voor het weekend het narratief naar MinVWS.

2020Z06221

(ingezonden 6 april 2020)

Vragen van de leden (10)(2e) en (10)(2e) (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de verspreiding van het coronavirus in verpleeghuizen

1

Wilt u reageren op het artikel over 'De corona-angst achter de dichte deuren van het verpleeghuis'? 1)

Het raakt mij om te lezen wat voor verdriet er nu is in verpleeghuizen. De impact op bewoners en hun familie, maar ook voor het personeel is groot. De angst voor besmetting of om iemand te besmetten zorgt voor angst en spanningen. Ik ben mij daarvan zeer bewust.

2

Wat vindt u ervan dat steeds meer verpleeghuizen noodgedwongen hele woongroepen volledig afsluiten nadat er bij een bewoner corona is geconstateerd? Kunt u uw antwoord toelichten?

Zorgaanbieders doen wat nodig is om verdere verspreiding van COVID-19 op een locatie te voorkomen. Zij volgen daarbij het COVID 19-behandeladvies van Verenso. Dit behandeladvies gaat onder meer in op isolatie en cohortverpleging. Dit kan betekenen dat soms een afdeling of unit wordt geïsoleerd. Verpleeghuizen doen dit om te voorkomen dat gezonde bewoners van andere afdelingen of units ook besmet worden.

De verpleging van de bewoners met COVID-19 gebeurt op de eigen kamer of, als er meer zieken zijn, op een aparte afdeling. Het komt ook voor dat een verpleeghuisorganisatie een aparte locatie inricht voor zieke bewoners. Dit is maatwerk en hangt af van de mogelijkheden van de locatie en van de groep cliënten die het betreft.

In dit verband merk ik ten slotte op dat ik de directeuren Publieke Gezondheid eind maart heb gevraagd tijdelijke zorglocaties te creëren voor cohortverpleging ('coronacentra'). Deze locaties kunnen eventueel uitkomst bieden voor die situaties waarin het niet mogelijk is besmette bewoners geïsoleerd te verplegen op de eigen locatie.

3

Wat vindt u ervan dat een deel van het personeel liever werkt op bevestigde corona-afdelingen dan op afdelingen waar officieel nog niemand het virus heeft opgelopen, omdat ze dan wel beschermende kleding en andere beschermingsmiddelen krijgen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Ik heb begrip voor het feit dat personeel deze voorkeur aangeeft en het is aan de werkgever om hiermee om te gaan. Daarbij is het belangrijk om aan te geven in welke situaties gebruik van beschermende middelen noodzakelijk is op basis van de richtlijnen van het RIVM en Verenso. Het OMT heeft aangegeven dat het uit voorzorg gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen bij patiënten die geen (verdenking op) COVID-19 hebben niet nodig is. In situaties waar gebruik van beschermende middelen niet noodzakelijk is, kan de werkgever op basis hiervan mogelijk de angst van medewerkers wegnemen.

4

Kunt u aangeven hoe de verstrekking van beschermende materialen aan zorgverleners in verpleeghuizen, maar ook in de thuiszorg en gehandicaptenzorg, verloopt? Wat wordt er gedaan

om een verdere toename van het aantal besmettingen te voorkomen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in verpleeghuizen, thuiszorg en gehandicaptenzorg, maar ook door andere zorgverleners buiten het ziekenhuis, heeft het RIVM een richtlijn opgesteld die te vinden is op de website van het RIVM. Deze geeft de algemene uitgangspunten weer voor het gebruik van beschermende middelen en is nog steeds actueel.

Zoals ik in het debat van 8 april jl. aangaf doe ik doe ik samen met het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) alles wat in mijn macht ligt om voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar te krijgen voor de zorg in Nederland. Genoemde zorgverleners kunnen via het webportaal van het LCH hun vraag om hulpmiddelen doorgeven.

Om een verdere toename van het aantal besmettingen te voorkomen worden - naast het testbeleid voor medewerkers en patiënten en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen - kwetsbare bewoners beschermd door het toepassen van de algemene hygiënerichtlijnen, door de bezoekregelingen, door patiënten met (verdenking van) COVID-19 geïsoleerd te verplegen en door het beleid gericht op de inzet van personeel bij ziekte.

5

Gaan de richtlijnen van het RIVM voor werken met beschermende middelen in verpleeghuizen aangepast worden? Kunt u uw antwoord toelichten?

De LCI-richtlijn COVID-19 is aangepast aan het nieuwe testbeleid dat op basis van het OMT-advies is vastgesteld en waarbij medewerkers met klachten zich vanaf 6 april kunnen melden bij de GGD om getest te worden. Op 20 april heb ik de brancheorganisaties geïnformeerd over de laatste stand van zaken mbt het wegnemen van barrières bij het testen van zorgmedewerkers.

6

Als een bewoner als gevolg van de maatregelen om het coronavirus te bestrijden tijdelijk naar familie of het ziekenhuis gaat, kan de bewoner dan later terugkeren naar zijn of haar plek in het verpleeghuis? Kunt u uw antwoord toelichten?

In het geval een bewoner door familie mee naar huis wordt genomen, dan is het niet mogelijk de cliënt terug te brengen naar het verpleeghuis zolang de bezoekersregeling van kracht is. De branchevereniging ActiZ heeft op deze wijze, in overleg met het ministerie van VWS, de regeling verder ingevuld. De cliënt (of zijn vertegenwoordiger) is dan samen met zijn familie zelf verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. In het geval dat een bewoner is ontslagen uit het ziekenhuis zal worden bezien of het verantwoord is dat de bewoner weer terug kan naar het verpleeghuis of dat er een andere oplossing moet worden gevonden, bijvoorbeeld opname in een zorghotel.

7

Als mensen op dit moment niet langer thuis kunnen blijven wonen, kunnen zij dan geplaatst worden in een verpleeghuis wanneer daar plek voor is? Kunt u uw antwoord toelichten? Hoe wordt de continuïteit van zorg thuis gewaarborgd als van opname in een verpleeghuis geen sprak is?

Als het CIZ oordeelt dat aan de criteria voor toegang tot de Wlz is voldaan, dan is plaatsing in het verpleeghuis mogelijk. Als blijkt dat niet per direct een passende plek beschikbaar is, dan kan het zorgkantoor overbruggingszorg inzetten. In spoedsituaties wordt echter in de meeste situaties snel een plek gevonden. Als de cliënt niet voldoet aan de criteria voor de Wlz, dan krijgt de cliënt zorg en ondersteuning op grond van de Zvw en de Wmo.

In geval van (verdenking van) een besmetting met COVID-19, dan kunnen de zorgverleners samen met de cliënt en diens mantelzorger bezien of de zorg nog veilig thuis geleverd kan worden of dat tijdelijke opname in het ziekenhuis, een corona-unit in een bestaande instelling of in een coronacentrum uitkomst biedt.

8

Aangezien in verpleeghuizen wordt mondjesmaat getest, op welke wijze zorgt u ervoor dat er meer testcapaciteit beschikbaar komt in de verpleeghuizen en andere zorgsectoren? Kunt u uw antwoord toelichten?

Vanaf 6 april is het beleid voor testen op een COVID-19 besmetting, wat gebeurt met zogenaamde moleculaire testen, verruimd. Niet langer worden uitsluitend zorgmedewerkers met patiëntcontact en risicogroepen van patiënten binnen het ziekenhuis getest. Ook zorgverleners met patiëntencontact buiten het ziekenhuis (huisartsen, verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, thuiszorg, jeugdzorg, ggz en mantelzorgers kunnen getest worden als ze klachten hebben die samenhangen met COVID-19.
GGDGHOR Nederland heeft samen met de GGD'en de beschikbare testcapaciteit verruimd zodat deze zorgverleners getest kunnen worden.

9

Bent u ermee bekend dat u in uw brief over de stand van zaken met betrekking tot COVID-19 van 31 maart 2020 slechts summier ingaat op de situatie van de verpleeghuizen en acht u de schriftelijke vragen van ondergetekenden beantwoord? Wilt u alsnog antwoord geven op de afzonderlijke vragen in de Kamervragen over de gevolgen van het coronavirus op bewoners en medewerkers van verpleeghuizen? Zo nee, waarom niet? 2) 3)

Ik geef alsnog antwoord op de op 31 maart 2020 gestelde vragen.

10

Wilt u deze vragen beantwoorden voorafgaand aan het aankomende plenair debat op 8 april 2020 over de ontwikkelingen rondom het coronavirus?

Zoals toegezegd in mijn brief van 7 april 2020 (1671618-203996-PG) beantwoord ik u vragen alsnog separaat.

1) Volkskrant, 2 april 2020, 'De corona-angst achter de dichte deuren van het verpleeghuis'
https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/de-corona-angst-achter-de-dichte-deuren-van-het-verpleeghuis~bb9e5d53/

2) Kamerstukken II, 25 295 nr. 200

https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/31/kamerbrief-covid-19---update-stand-van-zaken-31-maart

3) Aanhangsel der Handelingen, jaargang 2019-2020, nr. 2323
https://www.openkamer.org/kamervraag/2020Z05791/

2020Z05791

(ingezonden 30 maart 2020)

Vragen van de leden Marijnissen en Hijink (beiden SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de gevolgen van het coronavirus op bewoners en medewerkers van verpleeghuizen.

1. Wat is uw reactie op het bericht dat een groeiend aantal ouderen binnen verpleeghuizen besmet raakt met het coronavirus? 1)

Helaas komt het ondanks alle maatregelen en inspanningen van iedereen toch regelmatig voor dat bewoners van verpleeghuizen verdacht zijn van of besmet raken met het coronavirus. Er worden alle mogelijke inspanningen gedaan om het aantal bewoners dat ziek is te beperken.

2. Klopt het dat niet alle ouderen in verpleeghuizen met corona-achtige klachten getest worden op besmetting met het virus? Wat betekent dit voor de sterftecijfers? Zijn die wel volledig als een deel van de ouderen die thuis of in het verpleeghuis overlijden aan het coronavirus niet wordt meegerekend?

Het oude beleid was dat er na 1 à 2 bewezen COVID-19 patiënten niet verder werd getest maar gehandeld werd vanuit het uitgangspunt dat er een corona-uitbraak was op de afdeling. Dit betekende dat als mensen overleden die niet getest waren deze niet werden meegeteld in de sterftecijfers ten gevolge van het coronavirus. Inmiddels is het testbeleid per 6 april aangepast en is het uitgangspunt om iedere patiënt met een verdenking op COVID-19 te testen.

3. Herkent u het feit dat een groeiende groep ouderen, zeker wanneer zij dementerend zijn, het steeds moeilijker krijgt in verpleeghuizen nu familie en bekenden hen niet meer kunnen opzoeken?

4. Hoe gaat u om met het ethische dilemma dat maanden van isolatie in verpleeghuizen vergaand ingrijpt in de kwaliteit van leven van ouderen?

3 en 4

Ja, dat herken ik. Het besluit om verpleeghuizen te sluiten voor bezoek blijft een zeer ingrijpende maatregel voor bewoners en hun familie. Geen bezoek mogen ontvangen of brengen aan je naaste is emotioneel een grote belasting. Ik ben me er heel goed van bewust dat dit de kwaliteit van leven niet ten goede komt en ook veel vraagt van medewerkers op de werkvloer.

5. Kunt u aangeven hoe lang de maatregel - om familie en bekenden toegang tot het verpleeghuis te onthouden - nog van kracht is? Geldt wat u betreft een maximum aan deze termijn, gezien het enorme effect dat deze maatregel heeft op de leefbaarheid in verpleeghuizen?

De inzet van de maatregel geldt in ieder geval tot en met 19 mei. Wel start ik op zo'n kort mogelijke termijn pilots die ervaring gaan opdoen met een versoepelde bezoekregeling ter voorbereiding op een bredere versoepeling.

6. Wat zijn de gevolgen voor verpleeghuisbewoners wanneer de verwachting uitkomt dat het nieuwe coronavirus nog voor lange tijd onder ons zal blijven? Wat betekent dit voor mensen die tot de risicogroepen behoren, gaan voor hen beschermende maatregelen gelden tot het moment dat groepsbescherming daadwerkelijk een feit is?

Zoals aangegeven is de impact van de maatregelen op bewoners en hun familie/naasten groot. Afhankelijk van de ontwikkelingen zal gekeken worden wanneer het mogelijk is om aanpassingen in de maatregelen door te voeren. Daarbij zal een afweging gemaakt moeten worden tussen de

medische en de menselijke aspecten hiervan. Op dit moment kan ik daar nog geen uitspraak over doen.

7. Hoe staat u tegenover het voorstel om per bewoner in het verpleeghuis een mantelzorger aan te wijzen die wel toegang krijgt tot het verpleeghuis zodat bewoners een vertrouwd gezicht behouden en familieleden toegang houden tot de bewoners?

Ik begrijp dat het voor zowel bewoners als mantelzorgers fijn zou zijn om elkaar te kunnen ontmoeten. Ik start op zo'n kort mogelijke termijn pilots die ervaring gaan opdoen met een versoepelde bezoekregeling ter voorbereiding op een bredere versoepeling.

8. Hoe gaat u om met de extra druk die nu op de schouders van zorgverleners ligt nu hulp van mantelzorgers en vrijwilligers is weggevallen en er, als gevolg van het coronavirus, juist een verhoogde werkdruk is? Op welke wijze worden deze zorgverleners extra ondersteund?

Het is belangrijk om te beseffen dat er in deze situatie enorm veel van zorgverleners wordt gevraagd: de werkdruk is hoog, zij hebben vaak zelf angst om besmet te worden en zij kunnen niet altijd meer zorg geven van het niveau dat ze nastreven. Zorgverleners moeten er mee om kunnen gaan dat hun werk minder vaak gericht is op "het goed doen", en vaker gericht op "het goede doen". Ook daarin zijn zij lerend, maar juist omdat zij als professionals altijd trachten de zorg verder te verbeteren, zijn er grenzen aan wat van hen verwacht kan worden. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is daarom nauw betrokken en is in gesprek met veldpartijen over deze vraagstukken.

Voor verdere vormen van ondersteuning die worden geboden verwijs ik naar mijn brief van 15 april 2020.

9. Waarom wordt in zoveel verpleeghuizen nog met weinig of geen beschermingsmiddelen gewerkt terwijl overal de risico's op besmetting van zowel zorgverleners als bewoners stijgt? Wat gaat u doen om deze medewerkers beter te beschermen?

Naast de algemene beschermingsmaatregelen en het bezoekverbod zijn persoonlijke beschermingsmiddelen van belang voor de bescherming van bewoners en medewerkers volgens de richtlijnen van het RIVM. Over de stand van zaken rond de beschermingsmiddelen heb ik u geïnformeerd in mijn recente kamerbrieven.

10. Hoe werkt het testbeleid op dit moment wanneer enkele bewoners of medewerkers besmet blijken te zijn met het coronavirus? Worden andere medewerkers of bewoners sneller getest om verdere verspreiding vroegtijdig te kunnen stoppen?

Vanaf 6 april is het beleid voor testen op een COVID-19 besmetting, wat gebeurt met zogenaamde moleculaire testen, verruimd. Niet langer worden uitsluitend zorgmedewerkers met patiëntcontact en risicogroepen van patiënten binnen het ziekenhuis getest, ook zorgverleners en specifieke groepen buiten het ziekenhuis worden nu getest als ze klachten hebben (huisartsen, verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, thuiszorg, jeugdzorg en ggz).
Uitgangspunt is om alle zorgmedewerkers met direct patiëntencontact te testen als ze klachten hebben die passen bij een COVID-19 besmetting. Het gaat hierbij om personeel van verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, huisartsenzorg, thuiszorg, jeugdzorg en GGZ. Regionaal wordt dit beleid uitgevoerd door de GGD'en. Bij het testen van patiënten met ziekteverschijnselen in verpleeghuizen is aangegeven dat de richtlijn van Verenso gevolgd moet worden. Ook dit testbeleid is verruimd. Uitgangspunt is nu om iedere patiënt met een verdenking op COVID-19 te testen, ook na 1 of 2 positieve patiënten per afdeling/unit/woongroep.

11. In hoeverre wordt binnen verpleeghuizen, meer nog dan daarvoor, gewerkt in vaste teams zodat wisselend contact tussen teams en tussen bewoners en medewerkers voorkomen wordt?

Verpleeghuizen streven ernaar om zoveel mogelijk met vast personeel te werken. Dit is gezien de omstandigheden niet altijd mogelijk.

12. Gelden er landelijke afspraken voor bezoekregelingen aan terminale bewoners in het verpleeghuis of kan dit per locatie verschillen? Kunt u toelichten waarom deze keuze is gemaakt?

In de stervensfase of vergelijkbare omstandigheden kan een instelling incidenteel afwijken van deze maatregel. Zorgorganisaties vullen zelf in hoe zij hier invulling aangeven en wat passend is voor de betreffende locatie. Daarbij wordt rekening gehouden met de algemene adviezen van het RIVM. Ook geldt dat het bezoek wel beperkt moet blijven. Veel zorgorganisaties hanteren de richtlijn van één bezoeker per cliënt per dag.

Bent u bereid deze vragen voorafgaand aan het plenaire debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus van 1 april 2020 te beantwoorden?

1) Gelderlander, 29 maart 2020, 'Corona-uitbraak in verpleeghuis voor dementerenden in Varsseveld' https://www.gelderlander.nl/oude-ijsselstreek/corona-uitbraak-in-verpleeghuis-voor-dementerenden-in-varsseveld~ac28f38f/

OVERZICHT MOTIES EN TOEZEGGINGEN

Versie: 9 april 2020

Datum	Nr.	Bron	Type	Omschrijving	Kamerlid	Directie	Status	Opmerking
4/22/2020	25295-294	Plenair debat	Motie	verzoekt de regering in gesprek met gemeenten en aanbieders te bewerkstelligen dat er alternatieven voor dagbesteding aangeboden worden, om mantelzorgers te ontlasten	Krol		Open	
4/22/2020	25295-308	Plenair debat	Motie	Verzoekt de regering naast voorbereiding ten aanzien van testcapaciteit en rekrutering van teams voor bron en contactonderzoek, zo nodig gebruik te maken van WHO ondersteuning, en bij het OMT gedragsdeskundigen en deskundigen op het gebied van bron en contactonderzoek te laten betrekken bij het opstellen van het advies aan het kabinet.	Asscher	PG	Open	
4/22/2020	2020422-5	Plenair debat	Toezegging	In gesprek gaan met de Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapeuten in gesprek gaan over ondersteuning relatie/gezinnen.	Van der Staaij		Open	
4/22/2020	20200422-3	Plenair debat	Toezegging	Baudet levert telefoonnummers van Nederlandse importeurs van mondkapjes, waarna deze worden nagebeld en wordt nagegaan of deze bedrijven grote hoeveelheden geschikte mondkapjes binnen twee weken kunnen leveren.	Baudet	GMT	Open	
4/16/2020	25295-257	Plenair debat	Motie	over een privaat fonds voor compensatie bij blijvende gezondheids- of financiële schade	Asscher	Meva	Open	
4/16/2020	25295-255	Plenair debat	Motie	voor de zomer een voorstel aan de Kamer voor te leggen over hoe de productie van geneesmiddelen, vaccins en beschermingsmateriaal voor zowel de korte als de lange termijn in ons land en binnen Europa versterkt en uitgebreid kan worden.	Marijnissen	GMT	Open	
4/16/2020	20200416-7	Plenair debat	Toezegging	De TK informeren zodra er meer bekend is over het 'on-hold' zijn van de verkoop van Intravac.	Marijnissen	PG	Open	
4/16/2020	20200416-5	Plenair debat	Toezegging	In volgende brief - na uitzetten vraag bij RIVM - terugkomen op of de onderzoeken die nu lopen er uiteindelijk toe zullen leiden dat we een uitspraak kunnen doen over hoeveel Nederlanders het virus hebben doorgemaakt.	Baudet	PG	Open	
8-Apr-20	25295-224 (II)	Plenair Debat	Motie	Over het enkel investeren in de ontwikkeling van vaccins en geneesmiddelen die acceptabele voorwaarden beschikbaar stellen zodat de productie van het toekomstig vaccin of geneesmiddel niet afhankelijk is van een farmaceut	GL	PG/GMT	Open	
8-Apr-20	20200804-11	Plenair Debat	Toezegging	In brief van week voor 28 april beschrijven hoe om te gaan met al dan niet vrijwillige deelname aan de app, inclusief in hoeverre gebruikers vn de app anoniem kunnen blijven.	PVDD	PG	Open	
26-Mar-20	20200326-4	Plenair Debat	Toezegging	Contact zoeken met het VK over hun stand van zaken van het onderzoek over de betrouwbaarheid van sneltesten (evt. via het RIVM).	CU	PG	Open	
18-Mar-20	25295-171	Plenair Debat	Motie	Over zorgverleners als blijk van waardering een bonus toekennen	Van Kooten-Arissen c.s.	MEVA	Open.	Staat op agenda MVWS en MP. Is ingewikkeld volgens MEVA.
17-Mar-20	N.v.t.	Kamerbrief 17-3	Toezegging	Kamer informeren over uitkomsten RIVM-onderzoek Brabant en Utrecht	-	PG	Open.	Uitkomsten rond 1 mei 2020
5-Mar-20	25295-114	Plenair Debat	Motie	Motie over een onafhankelijk extern onderzoek naar de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten in alle 25 GGD-regio's	Remkema	PG	Open.	In Kamerbrief 20/3 termijn verzet naar einde epidemie.
8-Apr-20	25295-224 (I)	Plenair Debat	Motie	Over het tonen van leiderschap voorafgaand en tijdens de jaarlijkse vergadering van de WHO en zich expliciet uit te spreken voor het opzetten van een wereldwijde COVID-19 pool en de WHO hierbij actief te steunen	GL	IZ	Open.	On hold ivm WHO
6-Feb-20	25295-88	AO MedPrev & IZB	Motie	Over een agendapunt 'handel in wilde dieren als oorzaak van infectieziekten' bij de volgende algemene vergadering van de WHO	PVDD	PG	Open.	Volgende WHO-meeting
8-Apr-20	25295-234	Plenair Debat	Motie (aangehouden tot 14/4).	Over het verzoek aan het presidium om de Raad van State voorlichting te vragen over de grondrechtelijke aspecten van de genomen en voorgenomen crisismaatregelen en daarbij in ieder geval aandacht te geven aan de volgende vragen: (1) In hoeverre bij elk van de maatregelen voldoende rekening wordt gehouden met de aard van het specifieke grondrecht; (2) In hoeverre steeds de minst vergaande maatregel is getroffen die nodig is voor het bereiken van het doel; (3) Op welke wijze en volgens welke criteria (gefaseerde) afbouw van maatregelen mogelijk is met het oog op een zo min mogelijk beperken van de grondrechten; (4) Op welke manier zoveel mogelijk democratische controle kan worden uitgeoefend.	SGP	PG	Open (wachten tot debat 14/4).	?
4/22/2020	25295-282	Plenair debat	Motie	Verzoekt de regering om een uitgebreid en effectief bron- en contactonderzoek beleid voor te bereiden, en de kamer hierover zo snel als mogelijk te informeren.	Heerma	PG	**Afgedaan in brief 06-05**	
4/22/2020	2020422-6	Plenair debat	Toezegging	Onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om ook mantelzorgers te testen op het coronavirus. Binnen enkele weken reactie.	Krol		**Afgedaan in brief 06-05**	

287090

4/22/2020	20200422-4	Plenair debat	Toezegging	Uitwerken wat de mogelijkheden zijn voor een bezoekersregeling in verpleeghuizen en hier pilots voor op te zetten, TK informeren zodra hier duidelijkheid over is.	Van der Staaij	LZ	**Afgedaan in brief 06-05**	
4/22/2020	20200422-2	Plenair debat	Toezegging	Inschatting in benodigde testcapaciteit (hoeveel en wanneer beschikbaar) de komende weken verder uitwerken, voor wat betreft het uitbreiden van testen naar andere vitale sectoren. Is daar 29000 voldoende voor of moet het een ander getal zijn en wat is de planning? Daarbij in volgende brief inschatting geven wanneer over dit testbeleid meer duidelijkheid komt.	Jetten	PG	**Afgedaan in brief 06-05**	
4/22/2020	20200422-1	Plenair debat	Toezegging	In beeld brengen hoe de afgelopen weken invulling is gegeven aan bron- en contactonderzoek bij GGD'en (incl. in welke regio's het gelukt is om het bron- en contactonderzoek te blijven doen), en in beeld brengen welke extra capaciteit hierop nodig is. TK week voor 20 mei informeren.	Asscher	PG	**Afgedaan in brief 06-05**	
4/16/2020	25295-251	Plenair debat	Motie	over in kaart brengen of en op welke wijze de inzet van mondkapjes kan bijdragen aan een verantwoorde exitstrategie	VVD en GL	GMT	**Afgedaan in brief 06-05**	
4/16/2020	25295-263	Plenair debat	Motie	over aandacht geven aan de positie van mantelzorgers in het verdeelmodel van beschermende middelen	Krol	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
4/16/2020	25295-261	Plenair debat	Motie	over welk beleid welk resultaat heeft opgeleverd wat betreft het aantal coronapatienten in verpleeghuizen	Krol	LZ	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
4/16/2020	25295-258	Plenair debat	Motie	over een analyse van de maatregelen die nu gelden voor verpleeghuizen en een evt. verlenging van de maatregelen, en scenario's uit te werken en risico's inzichtelijk te maken.	Marijnissen	LZ	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
4/16/2020	20200416-9	Plenair debat	Toezegging	In volgende kamerbrief terugkomen op of het klopt dat 10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) tijdens technische briefing van 1 april jl. heeft gezegd dat de reproductiefactor 0,3 was.	Azarkan	PG	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
4/16/2020	20200416-8	Plenair debat	Toezegging	Geestelijk verzorgers formeel opnemen op de lijst van cruciale beroepen	Segers	CZ/LZ	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
4/16/2020	20200416-6	Plenair debat	Toezegging	In de volgende brief terugkomen op wat kabinet doet om de productiecapaciteit van vaccins in Nederland op orde te brengen.	Marijnissen	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	Afgedaan, maar niet expliciet in brief genoemd.
4/16/2020	20200416-4	Plenair debat	Toezegging	In volgende brief terugkomen op wat er wordt gedaan om ervoor te zorgen dat alle werknemers in de zorg soepel via de GGD getest kunnen worden.		PG	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
4/16/2020	20200416-3	Plenair debat	Toezegging	Min VWS stuurt na debat tweet met daarin e-mailadres van het Landelijke Meldpunt Zorg van de IGJ. Daarnaast kunnen Klaver/Marijnissen/Krol signalen, via VWS, met IGJ delen over tekorten aan beschermingsmiddelen buiten de zorg. IGJ geeft reactie.	Marijnissen	GMT/IGJ	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
4/16/2020	20200416-2	Plenair debat	Toezegging	Nadenken over een precisering van mogelijkheden tot het ontvangen van bezoek in verpleeghuizen, en hierbij verpleegkundigen, bestuurders in ouderenzorg en ethici betrekken.	Marijnissen	LZ	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
4/16/2020	20200416-1	Plenair debat	Toezegging	In berichtgeving over besluitvorming OMT m.b.t. situatie na 28 april meenemen hoe om te gaan met het dragen van mondkapjes door burgers als beschermingsmaatregel		PG	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
8-Apr-20	20200804-1	Plenair Debat	Toezegging	Terugkomen op signalen dat verzekeraars op websites aangeven dat mensen die getest moeten worden de kosten zelf moeten dragen.	VKA	Z/PG	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	Afgedaan, maar niet expliciet in brief genoemd.
8-Apr-20	20200804-10	Plenair Debat	Toezegging	N.a.v. verworpen motie 25295-231 (over Bits of Freedom) terugkoppelen aan de Kamer wie worden betrokken bij het proces van de apps.	PVDD		Afgedaan. Kamerbrief 21/4	Afgedaan, maar niet expliciet in brief genoemd.
8-Apr-20	20200804-4	Plenair Debat	Toezegging	Terugkomen op signaal dat medewerkers in de gehandicaptenzorg zouden moeten betalen voor hun coronatest.	CU	Z/PG/CZ	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	
26-Mar-20	20200326-3	Plenair Debat	Toezegging	Kamer z.s.m. informeren over uitkomsten RIVM-onderzoek naar de betrouwbaarheid van de sneltesten, bij voorkeur in de brief van dinsdag 31 maart.	CDA	PG	Afgedaan. Kamerbrief 21/4	*Afgedaan, maar niet expliciet in de brief genoemd...*
8-Apr-20	25295-220	Plenair Debat	Motie	Over voldoende beschermingsmaterialen voor alle zorgmedewerkers op de korts mogelijke termijn.	PVV	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	25295-223	Plenair Debat	Motie	Over het geven van duidelijkheid aan het parlement over de inzet van apps, waarbij het uitgangspunt is dat de inzet proportioneel is en de apps voldoen aan bestaande wetgeving, zoals de AVG, en de Autoriteit Persoonsgegevens betrokken zal worden bij de uitwerking.	D66	PG	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	

8-Apr-20	25295-228	Plenair Debat	Motie	Over het op de korst mogelijke termijn instellen van een landelijke regie voor alle zorgsectoren buiten het ziekenhuis en zo de regie te nemen voor het maken van duidelijke richtlijnen voor de zorg voor corona-patiënten voor beschermende middelen en overige noodzakelijke materialen en de spreiding hiervan en samen met organisaties in de zorg de bekendheid en duidelijkheid van richtlijnen voor zorgmedewerkers te vergroten.	PVDA	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	25295-230	Plenair Debat	Motie	Over het samen met relevante veldpartijen op korte termijn nemen van preventieve maatregelen om de negatieve gevolgen voor het mentaal welzijn te beperken en daarnaast verschillende scenario's uit te werken voor opvang van een toenemende vraag naar ggz en geestelijke verzorging, waarbij aandacht is voor specifieke doelgroepen zoals zorgpersoneel, patiënten en huidige ggz-cliënten.	CU	CZ/DMO	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	25295-232	Plenair Debat	Motie	Over het bevorderen dat zoveel mogelijk zorginstellingen een soortgelijke voorziening realiseren t.a.v. bezoek.	50PLUS	CZ/LZ	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	25295-233	Plenair Debat	Motie	Over het - in overleg met werkgevers en het programma 'Extra handen voor de zorg' te bezien of die medewerkers ook kunnen deelnemen aan de Nationale Zorgklas en daarna aan het werk kunnen binnen het zorgveld.	50PLUS	MEVA.	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	25295-228	Plenair Debat	Motie	Over het op de korst mogelijke termijn instellen van een landelijke regie voor alle zorgsectoren buiten het ziekenhuis en zo de regie te nemen voor het maken van duidelijke richtlijnen voor de zorg voor corona-patiënten voor beschermende middelen en overige noodzakelijke materialen en de spreiding hiervan en samen met organisaties in de zorg de bekendheid en duidelijkheid van richtlijnen voor zorgmedewerkers te vergroten.	PVDA	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	25295-230	Plenair Debat	Motie	Over het samen met relevante veldpartijen op korte termijn nemen van preventieve maatregelen om de negatieve gevolgen voor het mentaal welzijn te beperken en daarnaast verschillende scenario's uit te werken voor opvang van een toenemende vraag naar ggz en geestelijke verzorging, waarbij aandacht is voor specifieke doelgroepen zoals zorgpersoneel, patiënten en huidige ggz-cliënten.	CU	CZ/DMO	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	25295-232	Plenair Debat	Motie	Over het bevorderen dat zoveel mogelijk zorginstellingen een soortgelijke voorziening realiseren t.a.v. bezoek.	50PLUS	CZ/LZ	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	25295-233	Plenair Debat	Motie	Over het - in overleg met werkgevers en het programma 'Extra handen voor de zorg' te bezien of die medewerkers ook kunnen deelnemen aan de Nationale Zorgklas en daarna aan het werk kunnen binnen het zorgveld.	50PLUS	MEVA.	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	20200804-2	Plenair Debat	Toezegging	Berichten over het benutten van hotelkamers voor zorgmedewerkers/mantelzorgers met een kwetsbare huisgenoot, zoals een kind met leukemie, en daarbij aangeven wat nodig en mogelijk is om dat verder te helpen.	SGP	CZ/LZ/DMO	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	20200804-3	Plenair Debat	Toezegging	Vraag voorleggen aan OMT of zorgmedewerkers in verpleeghuizen met klachten niet komen werken totdat er een test afgenomen is en de uitslag hiervan bekend is.	PVDA	PG/LZ	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	20200804-5	Plenair Debat	Toezegging	Terugkomen op vraag of voor verpleeghuizen een structuur nodig is met nauwgezette scenario's en nauwgezette cijfers vanwege het groot aantal besmettingen in verpleeghuizen.	SP	LZ	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	20200804-6	Plenair Debat	Toezegging	In brief aandacht besteden aan goede voorbeelden in verpleeghuiszorg om eenzaamheid tegen te gaan en contact te bevorderen, zodat deze goede voorbeelden de norm worden en er geen verpleeghuizen blijven waar nog maanden contact niet mogelijk is op een moderne slimme manier die past in het nieuwe normaal.	CDA	LZ	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	20200804-7	Plenair Debat	Toezegging	Ingaan op hoeveel Nederland in den brede (bijv. via Europa) naast de bijdrage van 10 miljoen euro bijdraagt aan vaccinontwikkeling.	CDA	PG/GMT	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	20200804-8	Plenair Debat	Toezegging	Bij IGJ achtergrond nagaan van het verhaal dat lid Wilders aandraagt van een huisarts die zelf experimentele medicijnen toepast en hiermee moet stoppen van de IGJ want anders een boete krijgt.	PVV	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	20200804-9	Plenair Debat	Toezegging	Terugkomen op motie-Wilders 222 die is aangehouden: verzoekt de regering te bewerkstelligen dat artsen met terugwerkende kracht mensen die vermoedelijk aan het coronavirus zijn overleden als 'vermoedelijk coronavirus' te registreren. (via RIVM)	PVV	PG	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
8-Apr-20	20200804-10	Plenair Debat	Toezegging	Model voor Pasen af hebben t.a.v. de verdeling van schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen over de verschillende zorgsectoren.	Diverse	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	

287090

1-Apr-20	20200401-7	Plenair Debat	Toezegging	Met MMZS en betrokken partijen (zoals LNAZ, LCH en GGD GHOR NL) een praktische handleiding opstellen voor een evenwichtige verdeling van maskers per sector, incl. voor welke zorghandeling welk type masker nodig is.	PVDA	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
4/8/2020		Plenair debat	Toezegging	Over voorbeelden uit het buitenland mee te nemen bij extra maatregelen voor slachtoffers die thuis zodanig klem zitten dat zij niet kunnen of durven bellen	PvdA		Afgedaan. Kamerbrief 15/4	
26-Mar-20	25295-192	Plenair Debat	Motie	Van der Staaij c.s. over bestaande hulp aan ontwikkelingslanden ook in de huidige omstandigheden handhaven	SGP		Afgedaan. Overgezet naar BZ door (10)(2e) (10)(2e).	
18-Mar-20	25295-174	Plenair Debat	Motie (gew.)	Over voorkomen van monopolisering van een vaccin door één bedrijf of land	Hijink	GMT	Afgedaan. Kamerbrief 25/3.	
5-Mar-20	25295-117	Plenair Debat	Motie	Motie over de Kamer uitgebreid informeren over de verantwoordelijkheidsverdeling en beslissingsbevoegdheid	Ploumen	PG	Afgedaan. Kamerbrief 25/3.	
5-Mar-20	25295-116	Plenair Debat	Motie	Motie over eenduidige informatie vanuit de overheid	Diertens c.s.		Afgedaan. Kamerbrief 17/3.	Uitvoering niet mogelijk.
5-Mar-20	20200305-4	Plenair Debat	Toezegging	Schriftelijk informeren van de Kamer over de juridische mogelijkheden die de minister heeft om beschikking te houden over voldoende beschermingsmaterialen, naast de Vorderingswet.	VVD		Afgedaan.	Werd omgezet in motie 25295-137 in PD 12-3, maar ingetrokken door indiener (Kuzu)
10-Mar-20	20200310-1	Vragenuurtje	Toezegging	Verdiepen in richtlijnen FMS om niet meer deel te nemen aan grote bijeenkomsten.	PVDA		Afgedaan.	De facto afgedaan in Kamerbrief 12-3 met maatregelen op evenementen.
5-Mar-20	20200305-2	Plenair Debat	Toezegging	RIVM geeft per 5 maart 2020 dagelijks een update om 14.00 uur met het aantal positief geteste personen, inclusief duiding (waar mogelijk) over deze cijfers.	50PLUS		Afgedaan.	
6-Feb-20	20200206-1	AO MedPrev & IZB	Toezegging	Zo snel en feitelijk mogelijk blijven informeren over het coronavirus.	-		Afgedaan.	
5-Mar-20	20200305-6	Plenair Debat	Toezegging	Punt van stoppen export van beschermingsmaterialen onder de aandacht brengen van Macron tijdens EU-top ministers Volksgezondheid (zie ook toezegging #10)	PVDA		Afgedaan op vrijdag 6 maart (Kamerbrief 11 maart)	
5-Mar-20	20200305-11	Plenair Debat	Toezegging	Informeren kamer over protocol besmette personen van de GGD	PvdD		Afgedaan in Kamerbrief.	
1-Apr-20	25295-205	Plenair Debat	Motie	over mogelijkheden uitwerken om verder op te schalen ten aanzien van het aantal ic-bedden	Asscher/Wilders	CZ	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	25295-206	Plenair Debat	Motie	over een overzicht van de inzet van capaciteit voor reguliere zorg	Asscher/Klaver	CZ	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	afgedaan in brief 15/04?
1-Apr-20	25295-209	Plenair Debat	Motie	over bezien of de groep extra zorgmedewerkers voor langere tijd voor de zorg behouden kan blijven	Krol c.s.	CZ	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	Afgedaan in brief 15/04
1-Apr-20	25295-213	Plenair Debat	Motie (aangehouden)	Over een steekproef waarbij een representatief deel van de bevolking wordt getest.	FVD	PG	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	20200401-1	Plenair Debat	Toezegging	Informeren over de criteria van inwerkingtreding code zwart, o.b.v. uitwerking IGJ, FMS, KNMG en de verpleegkundigen (V&VN?) in brief 7/4, incl. juridische aspecten, rol minister, maximale transparantie op hoe en met wie het protocol tot stand is gekomen, en uitwerking in hoeverre er voldoende wettelijke grondslag is voor bieden van juridische ruggensteun i.r.t. tuchtrecht. Ook nagaan of de Patiëntenfederatie hierbij betrokken is. Indien code zwart zich eerder aandient, dan direct de Kamer daarover informeren	PVV, D66, VVD, SGP	CZ	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	20200401-10	Plenair Debat	Toezegging	Samen met MBVOM terugkomen op het punt van de aanpak van opvang van kwetsbare kinderen op school en kinderopvang.	CU	Jeugd	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	20200401-2	Plenair Debat	Toezegging	Kamer informeren over de verschillende scenario's t.a.v. capaciteit IC-bedden en fasering	PVDA	CZ	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	20200401-3	Plenair Debat	Toezegging	Op 7/4 informeren van de Kamer over hoe de minister werkt aan meer (wederkerige) samenwerking met Duitsland en welke afspraken op papier worden gezet t.a.v. IC-capaciteit. (namens MMZS)	PVV, D66, GL, PVDA	IZ	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	20200401-4	Plenair Debat	Toezegging	De NHG vragen publiekelijk te reageren op de mail over een telefonisch gesprek tussen arts en 86-jarige over evt. IC-opname; en daarbij de naam van de mevrouw weg te lakken. (zie toegevoegde mail)	PVV	CZ	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	20200401-5	Plenair Debat	Toezegging	Informeren in brief 7/4 hoe het staat met het onderzoek naar de immuniteit onder de bevolking. (N.B. Pienter en NIVEL-peilstations)	CU	PG	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	20200401-6	Plenair Debat	Toezegging	Nagaan of specialisten van externe organisaties die geestelijke verzorging verzorgen, zoals kerken en het Hum. Verbond, deze zorg ook kunnen leveren of dat de toegang hapert.	CU	DMO/LZ	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	

287090

1-Apr-20	20200401-8	Plenair Debat	Toezegging	Inzicht geven in de afwegingen hoe de financiële middelen voor vaccinontwikkeling ingezet worden.	CDA	PG	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
1-Apr-20	20200401-9	Plenair Debat	Toezegging	Bij RIVM navragen of het RIVM afwijkt van advies van de WHO om ouderen een pneumokokkenvaccinatie aan te bieden ter bescherming van het immuunsysteem.	VKA	PG	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
26-Mar-20	20200326-5	Plenair Debat	Toezegging	In brief dinsdag 31 maart beschrijven in hoeverre de levering van PBM in ouderen-, thuis- en gehandicaptenzorg op gang is gekomen.	CDA	GMT ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
12-Mar-20	20200312-8	Plenair Debat	Toezegging	informatie over positief geteste familieleden, aantal genezen personen, aantal geteste personen, etc. Daarop terugkomen als het niet lukt.	SP, CU	DCC ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 7/4.	
26-Mar-20	25295-180	Plenair Debat	Motie	Veldman c.s. over de procedures voor klinische onderzoeken met spoed versnellen t.b.v. vaccinontwikkeling.	VVD	GMT ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-181	Plenair Debat	Motie	Wilders c.s. over de ic-capaciteit dusdanig uitbreiden dat er geen tekorten ontstaan	PVV	CZ ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-184	Plenair Debat	Motie	Heerma c.s. over zorgen voor voldoende testcapaciteit	CDA	DCC ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-185	Plenair Debat	Motie	Klaver c.s. over voorkomen dat zorgaanbieders in acute liquiditeitsproblemen belanden	GL	MEVA ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-186	Plenair Debat	Motie	Marijnissen c.s. over alles op alles zetten om zorgverleners veilig hun werk te kunnen laten doen	SP	GMT, CZ, LZ, MEVA (?)	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-187	Plenair Debat	Motie	Marijnissen/Hijink over zorgdragen dat zorgaanbieders noodzakelijke zorg blijven aanbieden aan zorgbehoevende mensen (thuiszorg en wijkverpleging)	SP	DMO (Gerda van de Bosch)	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-188	Plenair Debat	Motie	Asscher c.s. over alle middelen inzetten voor voldoende lysisbuffer	PVDA	DCC ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-189	Plenair Debat	Motie	Segers c.s. over afspraken over het realiseren van voldoende opvanglocaties en quarantaineafdelingen en de plaatsing van dak-en thuislozen	CU	DMO (Gerda van de Bosch)	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-191	Plenair Debat	Motie	Krol over in alle communicatie-uitingen zo eenvoudig mogelijke taal gebruiken	50PLUS	DCC ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-195	Plenair Debat	Motie	coronapatiënten om bloedplasma te doneren het Sanquin-onderzoek kan ondersteunen	VKA	DCC (?)	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-196	Plenair Debat	Motie	Van Haga/Baudet over onderzoeken of de bestrijding van het coronavirus geoptimaliseerd kan worden door aanpassing en intensivering van het testbeleid	VH	DCC ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	25295-197 (ge	Plenair Debat	Motie	Wilders c.s. over voldoende beschermingsmiddelen voor elke zorgmedewerker op de kortst mogelijke termijn	PVV	GMT ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	20200326-1	Plenair Debat	Toezegging	Passage in brief opnemen over gesprekken met Duitsland om IC-capaciteit in Duitse grensregio's te benutten (met wie vindt het overleg plaats, op welk niveau, welke mogelijkheden zijn er).	GL	IZ ((10)(2e) (10)(2e)), CZ ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	20200326-2	Plenair Debat	Toezegging	RIVM vragen of bekend is hoeveel tests er nu zijn gedaan sinds 27 februari en hoeveel tests er nog beschikbaar zijn en een duiding hiervan geven in de brief van dinsdag 31 maart.	FVD	DCC ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	20200326-6	Plenair Debat	Toezegging	Beschrijven wat er gebeurt om de publiekscommunicatie verder te versterken	SGP	DCC/DCO ((10)(2e) (10)(2e))	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
26-Mar-20	20200326-7	Plenair Debat	Toezegging	Meer communiceren over Veilig Thuis om de toename van huiselijk geweld tegen te gaan.	VKA	DMO (Gerda van de Bosch)	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
6-Feb-20	20200206-2	AO MedPrev & IZB	Toezegging	Met MLNV spreken over illegale handel in wilde dieren nav nieuwe coronavirus en hierover de Kamer rapporteren (zie ook aangehouden motie).	PVDD	PG	Afgedaan in Kamerbrief 31/3.	
18-Mar-20	25295-153	Plenair Debat	Motie	Over de adviezen van de WHO op (blijven) volgen.	Ouwehand c.s.	PG	Afgedaan in Kamerbrief 20/3.	
18-Mar-20	25295-155	Plenair Debat	Motie	Over verwerven van benodigde beschermings- en testmaterialen en beademingsapparatuur nog meer tot topprioriteit classificeren.	Klaver c.s.	GMT	Afgedaan in Kamerbrief 20/3.	
18-Mar-20	25295-161	Plenair Debat	Motie	Over een helder landelijk beleid ten aanzien van bescherming van de meest kwetsbare groep mensen die in verpleeghuizen woont of thuiszorg en wijkverpleging ontvangen	Asscher/Krol	LZ en DMO	Afgedaan in Kamerbrief 20/3.	

18-Mar-20	25295-169	Plenair Debat	Motie	Over een noodplan voor het voorkomen van knelpunten ten aanzien van de positie van ouderen en kwetsbare mensen die zelfstandig wonen	Krol c.s.	DMO	Afgedaan in Kamerbrief 20/3.	
18-Mar-20	25295-172	Plenair Debat	Motie	Over extra maatregelen om mantelzorgers te ondersteunen en te ontzorgen	Van der Staaij c.s.	DMO	Afgedaan in Kamerbrief 20/3.	
18-Mar-20	20200318-1	Plenair Debat	Toezegging	Instellen Vorderingsbesluit voor mondkapjes en andere persoonlijke beschermingsmiddelen en de Kamer daarover informeren.	GL	WJZ	Afgedaan in Kamerbrief 20/3.	
5-Mar-20	25295-111	Plenair Debat	Motie	Motie over toelichten waarom aanvullende reismaatregelen wel of niet worden genomen	Van den Berg		Afgedaan in kamerbrief 13-3 van MIENW.	
5-Mar-20	20200305-3	Plenair Debat	Toezegging	I.o.m. MJenV en MEZK nagaan of woekerprijzen voor persoonlijke beschermingsmaterialen als economisch delict kunnen worden bestempeld.	CDA		Afgedaan in Kamerbrief 11 maart.	"Ik ben hierover in overleg met MEZK en MJENV en gesprekken Europa."
6-Feb-20	25295-90	AO MedPrev & IZB	Motie	Motie over vliegmaatschappijen die nog steeds op China vliegen wijzen op de informatie waarop KLM haar besluit heeft gebaseerd en in kaart brengen welke mogelijkheden er nodig zijn om per direct een vliegverbod op China af te kunnen dwingen	PVDA, CDA		Afgedaan in Kamerbrief	
6-Feb-20	25295-84	AO MedPrev & IZB	Motie	Motie over uitspreken dat racistische en discriminerende uitlatingen over het coronavirus naar mensen met een Chinese achtergrond ontoelaatbaar zijn.	GL		Afgedaan in Jeudgjournaal 6/2	
5-Mar-20	25295-112	Plenair Debat	Motie	Motie over geschikte instrumenten inzetbaar maken voor bedrijven	Van den Berg en Palland		Afgedaan in brieven 12-3 en 17-3 van MEZK/MFIN/MSZW	
5-Mar-20	25295-106	Plenair Debat	Motie	Motie over een noodscenario voor eventuele medicijntekorten	Hijink	GMT ((10)(2e) 10)(2e (10)(2e))	Afgedaan in aparte kamerbrief 25/3	
12-Mar-20	25295-142	Plenair Debat	Motie	Over geen leeftijdsgrenzen hanteren voor intensive care afdelingen	Krol-Hijkink	CZ	Afgedaan brief 17-3.	
12-Mar-20	25295-143	Plenair Debat	Motie	Over ook thuiszorgmedewerkers en wijkverpleegkundigen voorzien van de nodige beschermingsmiddelen	Krol c.s.	LZ	Afgedaan brief 17-3.	
12-Mar-20	25295-172	Plenair Debat	Motie	Over een praktische publieksvoorlichtingscampagne	Hijink	DCO	Afgedaan brief 17-3.	
12-Mar-20	25295-131	Plenair Debat	Motie (gew.)	Over alle middelen inzetten om genoeg IC-capaciteit te bewerkstelligeen	Wilders-Asscher	CZ	Afgedaan brief 17-3.	
12-Mar-20	20200312-1	Plenair Debat	Toezegging	In overleg gaan met CAO-partijen verpleegkundigen om na te gaan of zij ontlast kunnen worden m.b.t. kinderopvang	SP	CZ	Afgedaan brief 17-3.	
12-Mar-20	20200312-2	Plenair Debat	Toezegging	Punt maken richting zorgverzekeraars m.b.t. het beschikbaar houden van voldoende liquiditeit in de zorg.	D66	CZ	Afgedaan brief 17-3.	
12-Mar-20	20200312-3	Plenair Debat	Toezegging	In overleg treden met zorgverzekeraars om coronatesten niet onder het eigen risico te laten vallen.	SP	CZ	Afgedaan brief 17-3.	MMZS blijft zoeken naar passende oplossing.
12-Mar-20	20200312-4	Plenair Debat	Toezegging	Kamer informeren of het bericht op Omroep Brabant klopt dat medewerkers in Brabantse ziekenhuizen niet meer getest worden.	PVV	CZ	Afgedaan brief 17-3.	
12-Mar-20	20200312-5	Plenair Debat	Toezegging	Q&A toevoegen over wat bekend of nog onbekend is over de langetermijn effecten van het virus op de gezondheid	PvdD	DCO	Afgedaan brief 17-3.	Zodra meer bekend, opnemen in informatievoorziening.
12-Mar-20	20200312-6	Plenair Debat	Toezegging	Kamer informeren over intensiveren informatievoorziening, incl. mogelijk dagelijks coronajournaal, voor alle doelgroepen met afgestemde boodschappen.	Meerdere, incl. VVD, CDA, D66	DCO via PG	Afgedaan brief 17-3.	
12-Mar-20	20200312-7	Plenair Debat	Toezegging	Inzicht geven in variëteit aan communicatiemogelijkheden (stand van denken) en huidige stand van activiteiten	SP	DCO via PG	Afgedaan brief 17-3.	
5-Mar-20	20200305-7	Plenair Debat	Toezegging	Samen met MJenV ontwikkelen van afwegingskader voor Veiligheidsregio's m.b.t. evenementen en deze o.a. via de websites ontsluiten.	SGP		Afgedaan (Kamerbrief 11 maart; afwegingskader gepubliceerd op 10 maart)	
5-Mar-20	25295-115	Plenair Debat	Motie	Motie over eenduidige, begrijpelijke en toegankelijke informatie voor alle inwoners van Nederland	Dik-Faber en Diertens		Afgedaan (Kamerbrief 11 maart)	
5-Mar-20	20200305-1	Plenair Debat	Toezegging	Kamerbrief met daarin antwoord hoe de begrijpelijkheid en eenduidigheid van informatie wordt verbeterd, incl. werken met gebarentolk.	D66		Afgedaan (Kamerbrief 11 maart)	
5-Mar-20	20200305-10	Plenair Debat	Toezegging	Informeren van de Kamer over relevante uitkomsten van de EPSCO-raad d.d. 6 maart 2020	PVDA		Afgedaan (Kamerbrief 11 maart)	
5-Mar-20	20200305-8	Plenair Debat	Toezegging	Informatie over het afwegingskader evenementen ook al zo veel als mogelijk betrekken in de Kamerbrief onder toezegging #1.	SGP		Afgedaan (Kamerbrief 11 maart)	
5-Mar-20	20200305-9	Plenair Debat	Toezegging	MSZW vragen schriftelijk antwoord te geven op de vraag over honorering deeltijd-WW.	CDA		Afgedaan (Kamerbrief 11 maart)	
5-Mar-20	20200305-5	Plenair Debat	Toezegging	In kaart brengen van de voorraad persoonlijke beschermingsmaterialen per regio en waar herverdeling aan de orde is.	PVV		Afgedaan	

287090

OVERZICHT BRIEVEN AAN DE KAMER

Datum	Bewindspersoon
7-Apr	MVWS
3-Apr	MIENW
3-Apr	MBVOM
31-Mar	MVWS
25-Mar	MMZS
25-Mar	MVWS
20-Mar	MVWS
20-Mar	SVWS
19-Mar	MVWS
17-Mar	MEZK, MFIN, MSZW, SEZK, SFIN
17-Mar	MMZS
13-Mar	MIENW
12-Mar	MMZS
12-Mar	MEZK, MFIN, MSZW

Onderwerp

Stand van zaken

Tegengaan toerisme tijdens Pasen en de meivakantie; vluchten NY

Stand van zaken Onderwijs op afstand tijdens coronacrisis

Stand van zaken

Beschikbaarheid geneesmiddelen

Stand van zaken

Stand van zaken

Crisisstructuur ggz, reactie op motie Ouwehand c.s.

Aanscherping bezoek verpleeghuizen

Noodpakket banen en economie

Stand van zaken

Beperking vliegverkeer

Nieuwe maatregelen COVID-19

Economische maatregelen

287090

URL

https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/04/07/kamerbrief-over-stand-van-zaken-covid
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/04/03/brief-tegengaan-toerisme-tijdens-pasen
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/04/03/stand-van-zaken-onderwijs-op-afstand-t
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/31/kamerbrief-covid-19---update-stand-va
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/26/kamerbrief-over-beschikbaarheid-gene
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/25/covid-19-update-stand-van-zaken
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/20/kamerbrief-covid-19-update-stand-van
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/20/kamerbrief-crisisstructuur-ggz-reactie-o
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/19/kamerbrief-over-aanscherping-bezoek-v
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/17/kamerbrief-over-noodpakket-banen-en
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/17/kamerbrief-stand-van-zaken-bestrijding
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/13/beperking-vliegverkeer-vanuit-risicolan
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/12/kamerbrief-over-covid-19-nieuwe-maat
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/12/kamerbrief-over-economische-maatreg

-19
-en-de-meivakantie-maatregelen-voor-vluchten-uit-new-york
ijdens-corona-crisis
n-zaken-31-maart
esmiddelen-en-covid-19

-zaken
p-motie-ouwehand-c.s
erpleeghuizen-in-verband-met-covid-19
-economie
-covid-19
den-ter-voorkoming-van-verspreiding-coronavirus-covid-19
regelen
elen-met-betrekking-tot-het-coronavirus

Spreeklijn bezoekregeling verpleeghuizen

- De bezoekregeling verpleeghuizen was nodig om kwetsbare bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19. En om verdere verspreiding te voorkomen.
- Op dit moment komen er bijna geen nieuwe locaties met een besmetting bij. De bezoekregeling lijkt, in combinatie met andere maatregelen, effectief.
- Maar de bezoekregeling heeft een grote impact op het leven van bewoners en hun naasten. Het gemis van contact met naasten is groot.
- Perspectief bieden aan bewoners en naasten is daarom van belang.
- Na overleg met zorgaanbieders, verpleeghuisartsen, organisaties van cliënten en naasten, wetenschappers en ethici pas ik daarom de bezoekregeling aan. Ik acht deze stap verantwoord gezien de afvlakking van het aantal locaties dat voor de eerste keer een besmetting met COVID-19 meldt. En ook het OMT heeft aangegeven dit een weloverwogen aanpak te vinden.
- De aanpassing doe ik voorzichtig, in drie fasen.
- **De eerste fase start op 11 mei.** Dan kunnen de eerste 25 locaties starten met het "vooruit leren" met een aangepaste bezoekregeling.
- In iedere GGD-regio mag één locatie beginnen.
- De betreffende locatie dient vrij te zijn van besmettingen.
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner. De bezoeker mag uiteraard zelf geen klachten hebben die duiden op COVID-19.
- Vanzelfsprekend geldt er een aantal belangrijke randvoorwaarden om het bezoek met zo min mogelijk risico te laten plaatsvinden.
- **Het kabinet besluit in de week voor 25 mei over de start van de tweede fase.**

- Mocht de bezoekregeling in de praktijk goed werken dan is het de bedoeling dat per 25 mei bij meer verpleeghuislocaties beperkt bezoek kan plaatsvinden.
- Om ten slotte bezoek in heel Nederland weer mogelijk te maken.

Over het huidige beeld kunt u het volgende zeggen:

- Het RIVM schat dat op ***4 mei*** bij ongeveer ***7.100 bewoners*** van verpleeghuizen een COVID-19-besmetting is bevestigd,
- Hiervan zijn helaas ***ongeveer 2.150 mensen*** als overleden gemeld.
- Op 1 januari woonden er zo'n 120.000 mensen in een verpleeghuis wat betekent dat op basis van de RIVM-cijfers bij ***ongeveer 6% van de bewoners COVID-19 is bevestigd*** en iets meer dan ***2% van de bewoners is overleden.***
- Het ***aantal locaties*** waar sprake is van een ***bevestigde besmetting*** van 1 of meer personen ***is bijna 950***. Dit is ongeveer ***40% van het totaal*** aantal verpleeghuislocaties in Nederland.
- Het ***aantal nieuwe meldingen*** van COVID-19-besmettingen in verpleeghuizen of verdenkingen hiervan ***neemt per week af***. Dit ***geldt ook*** voor het aantal mensen dat is overleden en het ***aantal meldingen van 'nieuwe verpleeghuislocaties'*** met minimaal één bevestigde COVID-19 besmetting.

- Dat is positief nieuws. Door ***de afname van het aantal nieuwe besmettingen per week*** ontstaat namelijk ook ruimte voor een gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoekregeling.

Spreeklijn bezoekregeling verpleeghuizen

- De bezoekregeling verpleeghuizen was nodig om kwetsbare bewoners en zorgverleners te beschermen tegen COVID-19. En om verdere verspreiding te voorkomen.
- Op dit moment komen er bijna geen nieuwe locaties met een besmetting bij. De bezoekregeling lijkt, in combinatie met andere maatregelen, effectief.
- Maar de bezoekregeling heeft een grote impact op het leven van bewoners en hun naasten. Het gemis van contact met naasten is groot.
- Perspectief bieden aan bewoners en naasten is daarom van belang.
- Na overleg met zorgaanbieders, verpleeghuisartsen, organisaties van cliënten en naasten, wetenschappers en ethici pas ik daarom de bezoekregeling aan. Ik acht deze stap verantwoord gezien de afvlakking van het aantal locaties dat voor de eerste keer een besmetting met COVID-19 meldt. En ook het OMT heeft aangegeven dit een weloverwogen aanpak te vinden.
- De aanpassing doe ik voorzichtig, in drie fasen.
- **De eerste fase start op 11 mei.** Dan kunnen de eerste 25 locaties starten met het "vooruit leren" met een aangepaste bezoekregeling.
- In iedere GGD-regio mag één locatie beginnen.
- De betreffende locatie dient vrij te zijn van besmettingen.
- Het bezoek bestaat uit één vaste bezoeker per bewoner. De bezoeker mag uiteraard zelf geen klachten hebben die duiden op COVID-19.
- Vanzelfsprekend geldt er een aantal belangrijke randvoorwaarden om het bezoek met zo min mogelijk risico te laten plaatsvinden.
- **De tweede fase start op 25 mei**. Aan de hand van de opgedane ervaringen uit de eerste fase is het mijn bedoeling om **per 25 mei** op meer locaties bezoek toe te staan.
- Om ten slotte bezoek in heel Nederland weer mogelijk te maken.

Afstemmingsoverleg 6 mei 2020

PROCES

Crisis Coronavirus
Datum, tijdstip en locatie 6 mei 2020 10:45-11:45
Volgend overleg 7 mei 2020 10:45-11:45
Aanwezigen:
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (10)(2e) (SG)
(10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCC)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Kamerbrief
Naar aanleiding van de conceptbrief is er met alle aanwezigen gesproken over de opbouw, invulling en toon van de brief.
De brief is op dit moment lang en hierdoor lastig om doorheen te lezen. Verzoek is om de kernboodschap naar voren te halen en meer plaatjes en kaders toe te voegen om de inhoud te verduidelijken.

Voor de instructies en specificaties van de mondkapjes moet er vandaag nog een sprintje getrokken worden zodat dit nog deze week goed en helder gecommuniceerd kan worden.
Het is goed dat er een duidelijke scheiding gemaakt wordt tussen 'communitymasks' en mondkapjes voor de zorg. Dit neemt veel zorgen weg bij de bonden van de thuiszorg. Er wordt vandaag een gesprek ingepland met MMZS om verder te spreken over de angst dat besmettingen via de thuiszorg overloopt naar de rest van de zorgsector.

Deadline voor het aanleveren van aanvullingen op de Kamerbrief is 14:00u. Tijdens het eten na de persconferentie moet de brief klaar liggen om gelezen te worden.

Besluitvorming MCCb
Goede, duidelijke communicatie is belangrijk. Er komen in een korte tijd veel besluiten aan en deze moeten volgbaar en begrijpelijk zijn. Gezond verstand van burgers moet aangesproken worden. De vragen om de kaders voor het handhaven komt vanuit de veiligheidsregio's omdat vage maatregelen niet te handhaven zijn.

Vooralsnog wordt er geen juridisch kader opgesteld voor contactberoepen. De protocollen kunnen door de sectoren zelf getoetst worden aan het afwegingskader zoals deze door het RIVM op de site geplaatst zal worden.

Q&A's en infographic
Was een groot pakket met wijzigingen in de conceptversie van de Q&A's. Deze worden voor vanmiddag verder uitgewerkt. Een heikel punt in de communicatie is '1 juni' of 'in juni' voor de beschikbaarheid van testen voor iedereen met klachten. Besloten wordt dat een marge als slag om de arm beter is in verband met vele onzekere factoren die niet in onze handen liggen.

Er zijn 3 concept infographics opgeleverd door DCO. Deze worden vandaag verder afgerond op basis van de besluitvorming in het MCCb.

1= de basis voor het vertrekpunt voor de volgende visuals.
Hierin komen o.a. de tijdslijn en bijbehorende gedragsadviezen.

2= Fases en ankerpunten.
Moeten afgestemd worden op de tekst uit de brief. Weinig woorden. Praatplaat voor journalisten, persconferentie en Kamerbrief. Alle getallen weg. Juni vervangen voor september

3= mondkapjes instructie.

To do voor vandaag
Er wordt een inventarisatieronde gemaakt van alle actiepunten die voor vandaag op de agenda staan. Alle actiehouders zijn zich hiervan bewust.
De besluiten zijn opgenomen in de besluitenlijst.

Overig
MVWS spreekt zijn waardering uit over alles wat er in korte tijd al gerealiseerd is. Wordt hard gewerkt en dat wordt gewaardeerd.

287093

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 6 mei

Kamerbrief

- Ivm de volgorde van onderwerpen en leesbaarheid is besloten om aan de inleiding toe te voegen: een leeswijzer, de twee infographics van DCo en de kernboodschap. Verder wordt de huidige volgorde brief van de brief aanhouden.
- Stuk over mondkapjes wordt ingeleid met het OMT advies. Dan komt een kader waarin de redeneerlijn van de regering staat:
  1. Meeste kapjes zorg
  2. Andere sectoren; daar waar afspraken gemaakt kunnen worden en/of triage zijn geen kapjes nodig. Contactberoepen met andere soorten PBM werken.
  3. Daar waar geen afspraken gemaakt kunnen worden en geen triage mogelijk is, verplichten we kapjes: dit is allen bij het OV specifiek voor de reizigers (geen verplichting voor de werknemers)
- We moeten opletten dat we niet te makkelijk doen over wat de zorg wel aankan – daarvoor de toon zoals in de speech gebruiken.
- Er moet een Q&A met een instructie komen over welke mondkapjes er nodig zijn voor de burger in het OV. Ivm details zoals gebruik materialen nu aangeven dat we deze einde week op de site plaatsen. Dit moet worden afgestemd met MVWS.
- Besproken aanpassingen in de brief:
  - Toonzetting van de gebruikte tekst uit Catshuis is niet passend, moet worden herschreven met gebruik van de tekst voor de persco.
  - Gedragsadviezen; eind vd dag geconsolideerde gedragsadviezen in een kader zetten
  - Blz 3 over dat het vervangen van het advies 'blijf zoveel mogelijk thuis': daarbij toevoegen dat dit per 11 mei zal zijn
  - Testbeleid zoals voor dit overleg besproken – sluit DGV met kort met Danielle
  - Aggregatieniveau uitvoeringsinformatie testen aanpassen
  - Apps: belastingdienst hier niet noemen en daarnaast korter en duidelijker maken wat we gaan vragen; thuischeck en track& trace. Meer in tijd plaatsen wanneer we opdracht geven en wanneer weer TK informeren.
  - Monitoren effecten herbenoemen in bv. early warning. DCo denkt mee over betere term.
  - Kwetsbare mensen zijn uitgesplitst in categorieën - daarbij ggz toevoegen.
  - Blz 31. DGLZ toevoegen wat is er verruimd in de guideline.
  - Let op bij de verwijzingen; het minimum zat in week 12 en niet in 13.
  - Aangeven dat de extra bedden nodig zijn totaan vaccin (ipv 3 jaar benoemen).
  - Tekst van SG AZ over economen clubs naar voren halen
  - Bedden buiten de ic, calculatiemodel ggd afgelopen maandag, meenemen in brief.
  - Paramedie zijn contactberoepen maar is ook zorg, DGCZ werkt daarvoor een tekst uit
  - Gedragsadviezen PM tot na Mccb

- Iedereen gebruikt de versie van gisteravond voor verwerken aanpassingen, en de deadline voor aanleveren van afgestemde versies vanuit de DG kolommen is 14 uur.
- DGLZ organiseert gesprek met de bonden en MMZS vanmiddag over het vervolgproces rondom huishoudelijke hulp en mondkapjes.
- Start nationale vaccinatiecampagne specifiek voor corona ligt bij Hugo. Andere vaccinatiecampagnes blijven bij stas.

Mccb

- Om 12 uur wordt besproken hoe te zorgen voor duidelijkere sportregels ipv nu aangedragen aantal van max 10. Groepsgrote is een punt wat vanuit handhavingsperspectief wordt ingebracht maar is vooral in de openbare ruimte van belang, bij andere zaken als sporten

gaat het meer om verantwoordelijkheid nemen en gezond verstand. Daarbij steeds de 1,5m afstand en goede hygiëne benadrukken.

- tekst bij ankerpunten en het voldoen aan voorwaarden; is inmiddels aangepast. dPG stuurt ook aan MMZS.
- We geven aan dat de sectoren zelf protocollen moeten toetsen aan de richtlijnen. We gaan zelf geen voorwaarden stellen aan de protocollen en deze toetsen.

Q&A's vanmiddag en infographics

- Bij testen aangeven dat we deze in juni beschikbaar komen voor bredere groep, met het streven naar 1 juni. DGV werkt deze Q&A vast uit. Wordt vanmiddag formeel besloten.
- De infographics met de tijdslijn en gedragsadviezen worden vandaag afgerond obv de besluitvorming vanmiddag
- Besproken aanpassingen:
  - Zelfde ankers gebruiken als in de brief:
    1. zorg voor kwetsbare mensen
    2. capaciteit
    3. zicht op verspreiding
  - Geen getallen noemen bij zorgcapaciteit, en geen/weinig woorden maar plaatjes voor de ankers
- DCo stemt aanpassingen af met DGV – een nieuwe versie is om 12 uur klaar voor torentjesoverleg

To do voor vandaag

- DGV maakt instructie bron- en contactonderzoek
- DGCZ en dPG afstemmen mondkapjes instructie af met MMZS
- DGLZ zorgt dat de nieuwe regeling verpleeghuizen wordt toegelicht en dat alle stakeholders die hetzelfde uitleggen
- NCTV kijkt naar de gedragsadviezen
- DGV, Daphne, Bart en Mark lezen mee met de speech
- In het torentje komt een lijst met woorden die niet consitent worden gebruikt aan de orde, voorbereid door DCo
- Rondom adviezen OV vanuit VWS meekijken dat de verplichting alleen op reizigers ziet, werknemers mogen het ook maar zijn niet verplicht (Opletten dat andere departementen niet bonden van andere sectoren willen behagen waarbij er straks meer komt dan in de zorg het geval is).
- NCTV voegt vliegen en grensverkeer toe aan de besluitvorming voor MCCb. Er moet een Q&A worden voorbereid voor vanavond irt vooruitkijken richting vakanties in buitenland. I&W aan de lat voor vliegen en BZ voor grensverkeer.
- Alleen Jaap gaat naar de technische briefing
- Er komt een aparte brief met reactie op de vraag om een OMT-stuk

287096

SITUATIERAPPORT DCC VWS | Nieuw Coronavirus

1. GEGEVENS	
Aan	Bewindspersonen en Bestuursraadleden VWS, adviseurs BPZ DCC VWS (10)(2e)@minvws.nl), crisiscoördinatoren, crisisbeleidsadviseurs CZ IZ (incl. PV Geneve en PV Brussel) LZ ZJCN DCO PG GMT Rijksheren IGJ DCC IenW Crisiscoördinator Buitenlandse Zaken NCC DCC BZK DCC LNV Attaché VWS Washington, India en Beijing LOCC AZ RIVM
Periode	7 mei 2020, tot 17:00 uur
Nummer	73
Planning	dagelijks
Classificatie	**Dep. Vertrouwelijk**

2. INFORMATIEBEELD

Kernverhaal

In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw coronavirus. Dit virus kan de ziekte COVID-19 veroorzaken. Het nieuwe virus heeft zich inmiddels wereldwijd verspreid. Ook in Nederland zijn COVID-19 patiënten en zijn er patiënten overleden aan het virus. Het Nederlandse beleid is erop gericht om verspreiding maximaal te controleren en zo de druk op de zorg te minimaliseren.

Feiten

- **Opname op IC: NICE meldt 543 (bewezen en verdachte) patiënten op de IC** (tijdstip 16:00).
- **Opname op IC volgens Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding: 584 (-42)** (tijdstip 16:00).
- Van de Nederlandse COVID-19 patiënten op de IC liggen er 566 in Nederland en 18 in Duitsland.
- Volgens LCPS liggen daarnaast nog **440 non-COVID patiënten** op de IC.
- Het totaal aantal positief geteste patiënten: 41.774 (+ 455)
- Het totaal aantal gemelde patiënten opgenomen (geweest) in het ziekenhuis: 11.192 (+ 39)
- Het totaal aantal gemelde patiënten opgenomen (geweest) op de IC-afdeling: 2.838 (+ 1)
- Het totaal aantal gemelde overleden patiënten: 5.288 (+ 84) (13% van het totaal aantal positief geteste patiënten).
- Het totaal aantal positief geteste zorgmedewerkers: 15.109 (+ 130) (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
- De leeftijd van de overledenen ligt tussen de 18 jaar en 103 jaar; de helft van de overleden patiënten was ouder dan 82 jaar. Van de overleden patiënten onder de 70 jaar had 70% (422) onderliggend lijden.
- Sinds afgelopen weekend zijn er in totaal meer positief geteste personen in Zuid-Holland (8.678) dan in Noord-Brabant (8.537).
- In de afgelopen drie dagen bedroeg het aantal geteste personen bijna 11.000. Het bijbehorende percentage positief geteste patiënten was rond de 8%.

287096

- De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

3. OORDEEL (belangrijkste onderwerpen voor VWS)

Thema maximaal controleren

- De directie GMT (geneesmiddelen) geeft aan de komende weken met het LCG een plan uit te werken voor het realiseren van voorraadbuffers IC medicatie om de noodzakelijke opschaling van de IC capaciteit van 1700 structureel en 3000 bedden (nood) mogelijk te maken. Dit bekent een verachtvoudiging van al schaarse middelen. Of deze opschaling van IC medicatie buffers mogelijk en uitvoerbaar is, wordt de komende weken dus onderzocht.
- Vandaag heeft 10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) een technische briefing in de Tweede Kamer verzorgd. Hij heeft onder andere gesproken over de volgende punten:
    - Testen: de positieve testen op het totaal aantal uitgevoerde testen zit nu onder de 10%. Dit geeft aan dat het testbeleid op de goede weg is. Ook neemt het absolute aantal positieve gevallen af.
    - IC-opnames: Op 7 april lag de piek op 1322 patiënten, nu zijn er 571 COVID-19 patiënten op de IC opgenomen (cijfers stichting NICE). Het aantal nieuwe opgenomen patiënten is heel erg laag. Verwacht wordt dat alle patiënten met COVID-19 in juli van de IC zullen zijn, maar de vraag is wel wat de invloed van de verlichting van de maatregelen hierop zal zijn.
    - Publieke beleving maatregelen: Uit onderzoek van NIVEL/RIVM naar de publieke beleving van de maatregelen is gebleken dat het vertrouwen in de maatregelen groot is, maar de moeite om zich te houden aan deze maatregelen wel toeneemt.
    - Mondmaskers: Het effect van niet-medische maskers in de openbare ruimte is niet eenduidig in verschillende studies. Van twaalf verschillende studies laten maar drie studies een zeer licht positief effect zien. Dit zijn studies met betrekking tot influenza en hier is de 1,5 meter ook nog niet in acht genomen. Daarnaast zijn de studies gebaseerd op juist gebruik van de maskers. Hierdoor is het OMT van mening dat maskers maar in een zeer geringe mate bij kunnen dragen. De 1,5 meter maatregelen en triage mogelijkheden neemt al zoveel risico weg, dat het OMT van mening is dat er geen positief advies moest komen voor het dragen van maskers in de publieke ruimte.
    - Verlichting van maatregelen: Het RIVM heeft doorgerekend wat hier de effecten van zijn. Het is hierbij wel belangrijk dat de 1,5 meter en de hygiëne maatregelen gerespecteerd blijven. In deze schattingen blijven we dan nog steeds ruim onder IC capaciteit. Dit zijn wel schattingen. Het RIVM blijft monitoren wat er gebeurt na de verlichting van de maatregelen.

Thema Zorg voor Kwetsbare Personen

- Het kabinet heeft besloten om in iedere GGD-regio één verpleeghuis te laten beginnen met de aangepaste bezoekregeling. De beoogde startdatum is maandag 11 mei aanstaande. In deze verpleeghuislocaties wordt onder strikte voorwaarden één vaste bezoeker per verpleeghuisbewoner toegestaan. De bedoeling is dat de 25 zorgorganisaties volgende week bekend worden gemaakt. Verpleeghuizen kunnen pas in aanmerking komen als ze in ieder geval vrij van besmettingen zijn. Ook worden er onder andere voorwaarden gesteld ten aanzien van hygiëne, beschermingsmiddelen en personeelsbezetting. Bovendien is het belangrijk dat de 1,5 meter afstand kan worden gehouden. Uiteindelijk beslist de directeur Publieke Gezondheid van de desbetreffende GGD-regio welk verpleeghuis mag beginnen met de aangepaste bezoekregeling. Om in kaart te brengen hoe het virus zich in verpleeghuizen verspreidt wordt daarnaast onderzoek gedaan in drie verpleeghuizen. Met de kennis en ervaring die wordt opgedaan uit onderzoek en op deze pilotlocaties wil het kabinet stapsgewijs en voorzichtig de bezoekregeling op steeds meer verpleeghuislocaties toepassen. Dit wordt in de week vóór 25 mei besloten.

Thema Caribisch Nederland

- De epidemiologische situatie op de eilanden lijkt stabiel. Bonaire en Sint Eustatius zijn corona-vrij. Saba is bijna coronavrij.

Overig

IGJ

- De IGJ hoort van zorgaanbieders in de jeugdzorg en gehandicaptenzorg terug dat intramurale dagbesteding vaak goed loopt. Extramurale dagbesteding is nog niet overal goed opgestart. Het is wenselijk dat VWS verdere uitbreiding van extramurale dagbesteding stimuleert. Het tekort aan dagbesteding en structuur en het niet altijd goed begrijpen van de maatregelen leidt tot schrijnende situaties op enkele plekken in deze sectoren.

Internationaal

- Wereldwijd neemt het aantal COVID-19 patiënten snel toe (cijfers ECDC):
  - Totaal aantal gevallen: 3.713.796 (+ 90.003).
  - Totaal aantal sterfgevallen: 263.288 (+ 6.418).
- Ook in Europa (EU/EER + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek voorbij in veel Europese landen:
  - Totaal aantal gevallen: 1.203.381 (+ 17.270).
  - Totaal aantal sterfgevallen: 141.999 (+ 2.249).

4. COMMUNICATIE

Pers- en publieksinformatie

- Publiekscommunicatie wordt verzorgd door de Rijksoverheid via www.rijksoverheid.nl/coronavirus. Verschillende departementen leveren informatie voor deze website. Het RIVM geeft medische informatie en informatie over de verspreiding van het coronavirus in Nederland.
- Het NKC verzorgt de brede publieksinformatie en het informatienummer 0800-1351.
- Het informatienummer is bereikbaar tot 20:00.
- Op de website corona.steffie.nl legt uitleghulp Steffie moeilijke informatie over het nieuwe coronavirus op een eenvoudige manier uit. De website is speciaal bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Op de website van het RIVM is de 'wegwijzer naar gegevensbronnen over COVID-19' te vinden https://databronnencovid19.nl/. Deze wegwijzer toont een overzicht van databronnen die gerelateerd zijn aan het coronavirus en het bijbehorende ziektebeeld COVID-19. Van elke bron is een beschrijving opgenomen, en waar van toepassing een verwijzing naar de dataset(s).
- Op de website https://www.nji.nl/coronavirus, geeft het Nederlands Jeugdinstituut allerlei antwoorden op vragen die leven onder jongeren, ouders en professionals in het jeugddomein. Alle informatie is afgestemd met cliëntenorganisaties, professionals, jeugdhulpaanbieders, gemeenten, onderwijskoepels, ministeries (VWS, JenV, SZW en OCW) en wordt dagelijks bijgewerkt. Ze hebben een maandelijks bereik van circa 1 miljoen bezoekers.

5. OPSCHALING

VWS

DCC-VWS is opgeschaald

Overleggen

Afstemmingsoverleg met de bewindspersonen, SG en DG's maandag, dinsdag, woensdag en donderdag
Dagelijks afstemmingsoverleg met de directeur-generaal

NCC

NCC is opgeschaald

Deze week:

IAO maandag, dinsdag en vrijdag
ICCb en MCCb op woensdag
OTCb woensdag en vrijdag
BTCb maandag en donderdag

287096

Betrokken actoren
VWS, RIVM, NCC, departementen, GGD 'en, huisartsen, ziekenhuizen, koepels

Afstemmingsoverleg 7 mei

PROCES

Crisis Coronavirus

Datum, tijdstip en locatie	7 mei 2020 10:45-11:45
Volgend overleg	8 mei 2020 09:30-10:30

Aanwezigen:
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) Stas)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e))(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (RIVM)
(10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (10)(2e) (SG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e))((10)(2e) (DMO)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2 (10)(2e) (DCC)
(10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 7 mei
Complimenten **MinVWS** complimenteert *medewerkers VWS* voor het werk dat de afgelopen anderhalve week is verzet. 'Waanzinnig!' Daarnaast: complimenten aan het *schrijfteam burgerbrieven*: er zijn inmiddels meer dan 1500 brieven beantwoord!
Betaald voetbal **DGV** gaat gesprek aan met KNVB over mogelijkheden om betaald voetbal eerder te laten starten (bijvoorbeeld zonder publiek), en kijkt daarbij ook naar wat er in het buitenland gebeurt. *Toelichting:* - Hierbij rekening houdend met planning/begin van de competitie. Is het nodig om de maatregel eerder dan 1 september te versoepelen?
Testen en tracing **DGV** maakt plan ten behoeve van een andere manier van sturen, gezien de deadline van 1 juni. **DCo** denkt na over een communicatielijn. Deze worden maandag besproken met MinVWS. *Toelichting:* - Testen en tracing is na persconferentie gisteravond nog belangrijker geworden. - De manier van sturen is nu vooral ingericht op de GGD, en voor richtlijnen het RIVM. - Het is belangrijk om de eilandjes bij elkaar te brengen. - Dit vergt een andere manier van sturen en samenwerking tussen VWS, RIVM en GGD, en een andere manier van communiceren.

Volgend OMT-advies

DGV stuur morgen (vrijdag) vragen voor een nieuw OMT-advies in. Het advies wordt niet deze maandag verwacht, maar de maandag daarop.

Toelichting:

- Vragen aan het OMT: bekijken of we alleen advies vragen over de tweede batch, of ook een doorkijkje naar de derde batch vragen, en/of losse onderdelen uit andere batches die we mogelijk naar voren willen halen (bijvoorbeeld betaald voetbal).

Bezoekersregeling ouderen thuis

RIVM zoekt uit of specifiek over bezoek aan ouderen thuis een nieuw OMT advies moet komen en informeert VWS einde van de dag.

Toelichting:

- Advies is beperkt voor mensen die dreigen in een isolement te komen, maar in de praktijk wordt het advies breder geïnterpreteerd.

Planning komende tijd

Nieuwe brief in de week van 20 mei; maandag OMT, dinsdag ICCb/MCCb en woensdag debat.

Toelichting:

- In verband met Hemelvaartsdag aangepaste planning.

Sturingsinformatie c.q. parameters

DGV plant volgende week overleg in met **MinVWS**, **MinMZS**, **DGLZ** en **RIVM** over indicatoren en parameters omtrent wanneer versoepelingen geremd danwel teruggedraaid moeten worden.

Toelichting:

- Hierbij kijken naar de verschillende indicatoren (R0, het aantal besmettingen en de IC-capaciteit/opnames).
- Daarnaast: bespreken voorstel RIVM om in plaats van dagelijks de cijfers te rapporteren dit twee keer per week te gaan doen. RIVM kan de cijfers op deze manier meer in context van de trend plaatsen, en meer duiding geven.
- De vraag is: hoe nemen we mensen mee in deze verandering?
- Hierbij ook nadenken over de timing van het aanpassen van het ritme, en meenemen in volgende Kamerbrief.

Technische briefing

dPG stuurt een overzicht van aandachtspunten uit de technische briefing.

Toelichting:

- Vragen over mondkapjes: hoe zit het hiermee, en waar kunnen we die halen?
- Er komt een instructie op de website.

Hoorzitting volgende week

Volgende week is er een hoorzitting in de TK over ouderenzorg.

Toelichting:

- Enige genodigde is (10)(2e) (10)(2e)

- Nadenken over hoe we ook andere mensen aan tafel krijgen.
Debat vanmiddag **IGJ** bereidt **MinVWS** voor het debat voor over het bericht dat IGJ adviseert te testen via GGD/artsen, en niet via nieuwe aanbieders die allerlei testen aanbieden. *Toelichting:* - Voorbereiding van debat vanmiddag vindt bij **AZ** plaats om 12.30 uur.
DGCZ maakt een plan voor de uitvoering van de gecommuniceerde opschaling van IC-capaciteit.
DCo stuurt later vandaag per mail een invulling van de Dag van de Verpleging.

Afstemmingsoverleg 8 mei 2020

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	8 mei 2020 09:30-10:30
Volgend overleg	11 mei 2020 10:45-11:45
Aanwezigen:	
Hugo de Jonge (MinVWZ)	
Martin van Rijn (MinMZS)	
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGCZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)	
(10)(2e) (10)(2e) (SG)	
(10)(2e) (10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)	
(10)(2e) DCC)	

Brief
Er komt nu een week aan om hard aan het werk te gaan. We moeten nadenken wat het proces en de boodschap in de volgende brief wordt. De wens van MVWS is om in de volgende brief de boodschap uit te dragen: "Klaar voor 1 juni!".
Een eerste versie van de outline moet op vrijdag in de tas van de bewindspersonen zitten. Op maandag wordt het afstemmingsoverleg gebruikt om de witte vlekken te benoemen en dan kan de brief dinsdagochtend in het afstemmingsoverleg worden vastgesteld.

Remstrategie
Er komt dinsdag een intern overleg met RIVM en VWS om gevoel te krijgen over de remstrategie.

Wens MVWS om een team samen te stellen met beleidspower om een goed stuk neer te zetten. Aanwezigen zullen namen aangeven bij DGV om een team samen te stellen. Dit team kan dinsdag alvast meeluisteren om een beeld te krijgen. Het RIVM is gevraagd ook een modelleur aan te laten sluiten. DGV heeft vooraf contact met Aura om vooraf de vragen scherp te krijgen die op tafel liggen.

Het gebruik van Google data voor de app wordt geparkeerd voor een later moment.

Aanwezigheid Catshuis.
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) worden uitgenodigd.

OMT uitvraag
Er wordt een tweetal vragen aan het OMT voorgelegd, namelijk het pakket van versoepelingen voor 1 juni (pakket 2A) en zorg thuis. Ernst levert voor het laatste onderwerp nog een stuk aan. De deadline is vandaag 12:00 uur. Er zal ook telefonisch nog met (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) overlegd worden.

Binnen sommige sectoren is nu nazorg nodig.

Een aantal sectoren waar nazorg nodig is zijn al in beeld en verdeeld, over de bredere nazorg wordt vanmiddag gesproken in het torentjesoverleg.

Testen en traceren
Belangrijk om te laten zien dat we het gaan halen in de volgende brief. Met name bron en contactonderzoek verdient nog aandacht. Er moet intern structuur worden aangebracht en zorgen voor voldoende grond en beleidsvoerend vermogen onder de voeten. MVWS wil de aanbeveling doen om vandaag al vol aan de bak te gaan.

Volgende week is er geen technische briefing. De komende week moet te volle gebruikt worden om het verhaal goed uit te denken en op papier te zetten. De briefing met de GGD kan pas na het besluit van het kabinet op woensdagochtend na het besluit van het MCCb.

Infographics
Het naaipatroon van de mondkapjes en de bijbehorende infographic voorgelegd aan de NEN (Stichting Koninklijk Nederlands Normalisatie Instituut). DGV checkt bij het RIVM of zij ook akkoord zijn en dan kan de informatie vandaag geplaatst worden op de website. Ook checken bij EZK (VNONCW).

Hoorzitting
Maandag hoorzitting met (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) heeft een poging gedaan om (10)(2e) aan te haken.
(10)(2e) moet gebriefd worden over de lijn van VWS beleid.
(10)(2e) zoekt uit wie er nog meer bij is.

Communicatie
DCO: geen schokkende reconstructies vanuit de pers. Meer dan 130 persvragen na debat. Met name over mondkapjes en evenementen. De Volkskrant is bezig met een verhaal over de refugee company, die aangeeft dat er moeizame contacten zijn met VWS en LCH. Vragen en verhaal wordt door DCO afgestemd met MMZS.

Brief moet gecheckt worden, opnieuw tas bij MVWS.

WVTTK
Moties zijn verdeelmodel en routekaart voor instellingen. Wordt erg omhoog gekeken wat mag en niet mag. De routekaart geeft guidance aan de branche om duidelijk te maken wat er mogelijk is. Er komt ook een overzicht welke zorg is uitgesteld. Helpt soms ook om te zien wat er niet gebeurt om het weer op gang te krijgen.

Specifiek MR voorstel van financiën om op mondkapjes geen btw te heffen, hier moet verder over doorgesproken worden.

MMZS vraagt of wij een zorg hebben om in de gaten te houden wie in de knel komen? Eenzaamheid. Routekaart wordt afgepeld van instellingen tot thuis. Ernstige signalen over depressie in alle lagen van de maatschappij en welk perspectief kunnen we de mensen bieden.

Acties
Allemaal nadenken over de ingrediënten van de brief.
Team inrichten om remstrategie op te schrijven
Personen voor het Catshuis uitnodigingen
OMT aanvraag vandaag uitsturen

Nazorg doorgaan zoals we nu op de planning hebben

287108

ROUTEKAART VOOR STAPPEN TERUG NAAR MEER CONTINUITEIT VAN ZORG EN ONDERSTEUNING

Doelgroep	**Welke beperking geldt?**	**Wie heeft welke acties al ondernomen**		**Welke verruiming en wanneer?**
Kwetsbare ouderen thuis				
- Bezoek thuis ontvangen	Geen bezoek	VWS: OMT advies verruiming bezoek (8/5)		Per 13 mei bezoek ontvangen max 2 per keer, 1,5 meter afstand
- Dagbesteding	Geen, maar dagbesteding veelal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding (xx/3) opgesteld met wat kan en mag		Per xx mei xxxx Per 1 juni allemaal weer open
- Vervoer (bijv naar dagbesteding)	xxxx	VWS: In Richtlijn dagbesteding passage vervoer opgenomen met wat kan en mag (xx/3)		Per xx mei xxx Per 1 juni xxx
- Huishoudelijke hulp	Geen, indien cliënt niet ziek is	VWS: Richtlijn huishoudelijke hulp (xx/3) opgesteld met wat kan en mag		Geen beperkingen. Per 11 mei ook reserve pakketje PBM voor huishoudelijke hulp indien hulp niet kan worden uitgesteld
Bezoek in verpleeghuizen ontvangen	Geen bezoek. Er zijn 2 uitzonderingen: 1. Mensen in de palliatieve fase 2. Er zijn 25 locaties die de versoepelde bezoekregeling toepassen. Dan geldt één vaste bezoeker	VWS: OMT advies over de randvoorwaarden voor versoepeling bezoekregeling (4 mei). Veldpartijen: evt. aanpassing handreiking (15/7)		Per 11 mei wordt op 25 verpleeghuislocaties ervaring opgedaan met de aangepaste bezoekregeling. Er is beperkt bezoek mogelijk: één vaste bezoeker per bewoner. Er is door de betrokken veldpartijen een handreiking opgesteld. Per 25 mei: opschaling naar meer locaties. Dat wil zeggen: als een zorgaanbieder constateert dat hij

	per bewoner.			aan alle eisen voldoet, de nieuwe bezoekregeling kan toepassen. De zorgaanbieder meldt dit bij de GGD. Per 15 juni: De nieuwe bezoekregeling gaat gelden voor alle verpleeghuizen. Dat wil zeggen dat in beginsel op alle locaties bezoek mogelijk is, op de huidige wijze (1 vaste persoon per bewoner, enz). Uiteraard kan bezoek worden geweerd. Per 15 juli: hierbij vervalt huidige bezoekregeling. Daarmee vervallen ook de beperkingen in de huidige bezoekregeling (1 vaste bezoeker per bewoner enz). Bezoek kan alleen worden geweerd als er sprake is van een uitbraak. Wel gelden de maatregelen die in de gehele samenleving gelden (afstand houden e.d.).

287108

Op te leveren producten

- Beslisprocedure
- Documentatie- en informatieproducten om de versoepeling uit te kunnen voeren. Denk aan richtlijnen, factsheets, handreikingen, Q&A's, andere vormen van communicatie etc.
- Een monitor van de effecten te monitoren
- Eventuele terugvalscenario's indien het aantal besmettingen weer toeneemt
- Een alinea voor de TK-brief de routekaart.

TWEEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL **2**

Vergaderjaar 2019-2020

25 295 **Infectieziektenbestrijding**

Nr. 331 **MOTIE VAN HET LID ASSCHER C.S.**
Voorgesteld 7 mei 2020

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het kabinet een routekaart heeft gemaakt voor de versoepeling van maatregelen;

overwegende dat voor mensen die verblijven in zorginstellingen of gebruikmaken van dagbesteding er nog weinig perspectief en veel eenzaamheid is;

verzoekt de regering, ook een routekaart te ontwikkelen voor mensen die verblijven in een zorginstelling -- zoals verpleeghuizen, ggz, gehandicaptenzorg en jeugdzorg -- of gebruikmaken van dagbesteding,

en gaat over tot de orde van de dag.

Asscher
Marijnissen
Klaver

Afstemmingsoverleg 11 mei

PROCES

Crisis Coronavirus
Datum, tijdstip en locatie 11 mei 2020 9:30-10:30
Volgend overleg 12 mei 2020 10:45-11:45
<u>Aanwezigen:</u>
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (Stas)
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (CZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCC)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 11 mei
Kamerbrief - I.v.m. planning komende week (maandag 18 mei OMT, dinsdag 19 mei MCCb en persconferentie, woensdag 20 mei debat), gaat vrijdag de conceptbrief in de tas en morgen de inhoudsopgave van de brief. Daarbij doen we geen Kamervragen meer af in de brief. - DCo zorgt voor een outline van de speech en een voorstel taakverdeling speech in de weekendtas en evt. vrijdag in torentjesoverleg.
'Remstrategie' - dPG kijkt naar een goede deelname voor het overleg tussen 14-15 uur om de strategie beter uit te schrijven en de 'remstrategie' met waar sturen we op, toe te voegen. - De opbrengst wordt morgen ingebracht in het overleg met MMZS en RIVM over publicatie en gebruik van cijfers. - Woensdag wordt er nog een extra overleg over ingepland, zodat er donderdag een versie voor het torentje ligt, en de strategie en remstrategie dan vrijdag in de MR voorliggen. Deze tekst moet uiteindelijk in de brief komen. - Van het strategiestuk wordt ook steeds een simpele versie gemaakt die meegegeven kan worden aan verschillende deelnemers aan avondtalkshows. - dPG zorgt voor een uitwerking van de eerdere 'piramide' met een combinatie van indicatoren en signaalwaarden. LZ sluiten hierbij aan. Naast R0 en aantal besmettingen moet er ook aangesloten worden bij de oorzaak van het probleem (stijging besmettingen), en moet er een second best scenario ontwikkeld worden voor het geval je deze niet weet. Er wordt daarnaast gekeken naar hoe dit precies in UK en Duitsland is uitgewerkt en er wordt gekeken of er mogelijkheden zijn om te onderscheiden in regio's.

Locatiedata

- dPG bereidt een call voor morgen voor met NCTV, EZK en RIVM over de inzet voor het overleg over locatiedata op woendag met de AP.
- MVWS sluit woensdag ook aan bij het gesprek tussen MJenV en AP.

Toelichting: Het doel van locatiedata verkrijgen van telecomproviders is niet handhaven. Als de uitkomst van gesprek woensdag is dat toch de wet gewijzigd moet worden dan maken we een spoedwet waar ook de handhaving in mee genomen kan worden.

Technische briefing

- De technische briefing voor volgende week is met (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en gaat daarnaast over bron & contactonderzoek i.c.m. testen.

Sectoren

- MMZS heeft deze week een gesprek met de KNVB en de sportscholenbranche ihkv follow up en nazorg. Het RIVM neemt deel aan overleg met sportscholen i.v.m. discussie risico aerosolenverspreiding terwijl ze ook een goedgekeurd protocol hebben.
- DGV organiseert een overleg tussen MVWS en de evenementenbranche (via EZK aangevuld met cultuursector).
- DGV regelt dat iemand van VWS aanwezig is bij het overleg tussen MJenV, MEZK en Koninklijke Horeca NL. DGV spreekt om 12 uur voor met MVWS hoe volksgezondheidsperspectief bewaakt wordt.
- DGV/DGLZ maken woordvoeringslijn en stuk voor brief in reactie op het artikel in Trouw over testen in verpleeghuizen, o.b.v. wat al was aangeleverd aan Trouw maar niet is gebruikt. Belangrijk punt is dat in de periode 10-20 maart gold: ga niet naar werk met klachten.
- DCo plant deze week een overleg met MVWS en MMZS over het uitgewerkte narratief PBM.

Testen en traceren

- DGV/Inge plant deze week overleggen in over het opschalingsplan testen en traceren; na het overleg vanmiddag is er morgen eind van de middag overleg met DPGen over – er moet nog worden besloten wanneer het plan naar (10)(2e) gaat ter voorbereiding.

Vaccinatie

- DGV geeft RIVM vast opdracht tot bestellen van meer vaccins dan de nu bestelde 3,68 mln waarmee 60% van de (zorg)doelgroep wordt bereikt. Stas bespreekt in preventiestaf hoe meer zorgpersoneel gevaccineerd te krijgen en of eventueel verplichten van vaccinatie voor zorgpersoneel overwogen moet worden.

Innovatieve behandelingen

- dPG geeft MVWS aan het eind van de dag een update over het besluit om van een Deense partij innovatieve behandelingen te kopen. DGV gaat de stavaza bij Sanquin na bij GMT.

Routekaart verpleeghuis-/gehandicaptenzorg

- DGLZ werkt met verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg aan een routekaart – om de sectoren mee te nemen in de mogelijke versoepelingen in vooral de intramurale zorg. Vervoer naar dagbesteding wordt daar ook in meegenomen.
- In de volgende brief moet een grote groep verpleeghuizen worden toegevoegd aan de nu 25 verpleeghuizen die de bezoekersregeling aan het uitproberen zijn.

Toelichting: IGJ belt momenteel instanties die helemaal geen openstelling hebben. Dit kan net de extra bevestiging geven om te gaan versoepelen.

Mondkapjes

- MMZS belt met FIN over het voorstel voor tijdelijk 0% btw op mondkapjes. In de communicatie moet aandacht gegeven worden dat we dit alleen doen omdat we het voor OV verplicht stellen – om proberen te voorkomen dat we mondkapjes in het algemeen stimuleren terwijl we dit niet willen uitstralen.

Algemene tekst Mvt Tijdelijke wet maatregelen COVID-19

Op 19 maart 2020 heeft de ministeriële commissie crisisbeheersing besloten alle verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg preventief te sluiten voor bezoek en voor alle anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg. De aanleiding hiervoor was de toenemende risico's voor kwetsbare ouderen in verpleeghuizen en wees de praktijk in Noord-Brabant en Limburg uit dat een beperking van het bezoek aan verpleeghuizen noodzakelijk was om het groeiend aantal besmettingen in te dammen. Deze zware maar onontkoombare maatregel was nodig om in een uitzonderlijke crisissituatie bewoners en zorgpersoneel zo goed mogelijk te beschermen.

Begin mei 2020 is gebleken dat er nagenoeg geen nieuwe verpleeghuislocaties met een besmetting bijkomen. De bezoekregeling is in combinatie met de andere maatregelen effectief. Tegelijkertijd is de impact van de maatregel groot. Voor mensen in de laatste fase van hun leven en voor hun naasten is onderling contact van essentieel belang. Het kabinet heeft daarom besloten dat het nodig is om bewoners en hun naasten perspectief te bieden door gefaseerde en gecontroleerde versoepeling van de bezoekregeling. Tot dit besluit is het kabinet gekomen in overleg met de sector en met actieve inbreng van een brede klankbordgroep bestaande uit bestuurders, zorgprofessionals, wetenschappers, ethici en vertegenwoordigers van bewoners en naasten. Aan het Outbreak Management Team (OMT) is advies over de randvoorwaarden gevraagd. Het OMT heeft vastgesteld dat, hoewel versoepeling van de bezoekregeling onvermijdelijk risico's met zich meebrengt, het voorstel voorziet in een weloverwogen aanpak waarbij deze risico's worden geminimaliseerd.

De versoepeling van de bezoekregeling gebeurt onder voorwaarden in een aantal fasen. De eerste fase, die is gestart op 11 mei 2020, bestaat uit 25 verpleeghuislocaties. Vervolgens wordt in de tweede fase, die ingaat op 25 me 2020, opgeschaald naar meer locaties. Het uiteindelijke perspectief is dat de huidige bezoekregeling voor geheel Nederland versoepeld wordt.

Gezien de beoogde inwerkingtredingsdatum van dit wetsvoorstel zal, als de ontwikkelingen qua aantal besmettingen positief verlopen, de bezoekregeling zich al in het stadium bevinden dat in het gehele land beperkt bezoek mogelijk is. Daarom wordt in dit wetsvoorstel geregeld dat bezoek mogelijk is en wordt aan de minister of de beheerder de bevoegdheid gegeven bezoek te verbieden indien dat nodig is vanwege...

ROUTEKAART VOOR VEILIGE EN PASSENDE ZORG EN ONDERSTEUNING VOOR KWETSBARE MENSEN

Doelgroep	**Onderwerp**	**Welke beperking geldt?** **Welke beperking zien we in praktijk?**	**Wie heeft welke acties ondernomen?**	**Welke verruiming en wanneer?**
1. Kwetsbare ouderen thuis	Bezoek thuis ontvangen	Geen bezoek, m.u.v. mensen die sociaal geïsoleerd raken	VWS: OMT advies gevraagd over verruiming bezoek (08/05)	Per **25 mei** bezoek ontvangen mogelijk mits zonder klachten en binnen RIVM richtlijnen en hygiënevoorschriften van RIVM, 1,5 meter afstand (ovb OMT advies)
	Huishoudelijke hulp, maaltijd-ondersteuning,	Geen beperking Ingeval cliënt besmet: hh wordt gestopt. Professionele hulp neemt over. **In praktijk:** In begin van crisis is veel ondersteuning afgeschaald.	VWS: Richtlijnen huishoudelijke hulp om aan te geven wat mag en kan 16/04)	Verlenging van richtlijnen **na 19 mei** – met heldere boodschap Vanaf **6 mei** testen hh mogelijk Vanaf **6 mei** PBM (reserve pakketje) beschikbaar voor elke hh medewerker
	Wijkverpleging	Geen	RIVM: Richtlijn PBM en testbeleid V&VN/vakbonden: uitwerking situaties waarin beredeneerd afgeweken kan worden van Richtlijn	Continuering van Richtlijn PBM en testbeleid
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding om aan te geven wat mag en kan (16/04) en verlengt tot eind mei. VWS: Richtlijn aangepast – open tenzij (met comply and explain) (14/05)	Vanaf **1 juni** moet dagbesteding met groepen weer verder opgestart worden met 1,5m en algemene RIVM richtlijnen. Streven 60% open en 40% alternatieve dagbesteding. Vanaf **1 augustus** 100% weer fysiek open.
	Mantelzorg	Geen beperking, alleen bij cliënt met COVID 19 waar mogelijk uitstel of vervangende professionele zorg regelen	VWS: Richtlijn mantelzorg om aan te geven wat mag en kan (16/04) Richtlijn aangepast met testbeleid mantelzorgers per 6 mei en PBM vanaf 18 mei (14/05)	Per **18 mei** geen bijzonderheden ikv corona meer te regelen voor mantelzorgers (test-beleid en PBM gereed).
	Vervoer (bijv	RIVM-richtlijnen gelden:	VWS: In Richtlijn dagbesteding passage	Per **1 juni** vervoer per taxi weer opgestart

	naar dagbesteding)	groepsvervoer in veel gevallen niet mogelijk.	vervoer opgenomen met wat kan en mag (16/04) Kabinet: in OV is het dragen van (niet medische) mondkapjes verplicht per 01/06	met verplicht dragen van niet-medische mondkapje.
2. Kwetsbare ouderen in verpleeghuis	Bezoek in verpleeghuizen ontvangen	Geen bezoek. Er zijn 2 uitzonderingen: 1. Mensen in de palliatieve fase Op 26 locaties versoepeling bezoekregeling. Dan geldt één vaste bezoeker per bewoner.	VWS: OMT advies over de randvoorwaarden voor versoepeling bezoekregeling (04/05). Veldpartijen: evt. aanpassing handreiking (15/07)	Per **11 mei**: 25 verpleeghuislocaties gaan ervaring opdoen met aangepaste bezoekregeling. Beperkt bezoek: één vaste bezoeker per bewoner. Er is door de betrokken veldpartijen een handreiking opgesteld. Per **25 mei**: opschaling naar meer locaties. Dat wil zeggen: als een zorgaanbieder aan alle eisen kan voldoen, kan nieuwe bezoekregeling toegepast worden. Zorgaanbieder meldt dit bij de GGD. Per **15 juni:** Versoepelde bezoekregeling gaat gelden voor alle verpleeghuizen. Dat wil zeggen: in beginsel op alle locaties bezoek mogelijk, op de huidige wijze (1 vaste persoon per bewoner, enz). Uiteraard kan bezoek worden geweerd. Per **15 juli**: hierbij vervalt huidige bezoekregeling. Daarmee vervallen ook de beperkingen in de huidige bezoekregeling (1 vaste bezoeker per bewoner enz). Bezoek kan alleen worden geweerd als sprake is van een uitbraak.
	Mantelzorg	?	?	?
3.Mensen met een beperking thuis	Ontvangen bezoek thuis	Advies voor ouderen en anderen met een kwetsbare gezondheid: geen bezoek.	VWS: OMT advies gevraagd over verruiming bezoek (08/05) NB. OMT advies gaat niet expliciet over andere kwetsbare groepen dan ouderen. VWS: OMT advies bezoek aan kwetsbare mensen over noodzaak aanvullende hygiënemaatregelen na bezoek (waarschijnlijk 15/05)	De verruiming voor ouderen wordt gelijk getrokken voor andere kwetsbare groepen. Uitkomt OMT advies kan leiden tot verruiming bezoek aan huis.

	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding kwetsbare mensen ook geldig voor mensen met een beperking (16/04) Ieder(in) en VGN werkten aan eigen richtlijn dagbesteding – nog niet gelukt	**Per 1 juni** dagbesteding weer starten voor: – Mensen die geen of een beperkt risico hebben op een ernstig verloop bij coronabesmetting. – Mensen met verhoogd gezondheidsrisico maar voor wie in achtneming van de 1.5 meter afstand houden mogelijk is. – Mensen die bij familie thuis wonen om zo de naasten te kunnen ontzorgen en de mensen zelf weer structuur te kunnen bieden. – Mensen die begeleid zelfstandig wonen en die geen 24 uurs begeleiding hebben die voor invulling van de dag kan zorgen. Dagbesteding biedt hen weer structuur, hetgeen leidt tot afname van spanningen. **Per 15 juni** dagbesteding weer open voor mensen die een hoog risico hebben op een ernstig verloop bij coronabesmetting óf geen 1.5 meter afstand kunnen houden. De extra tijd is bedoeld om instellingen tijd te geven om een verantwoorde invulling voor deze groep te onderzoeken en die vorm te geven.
	Vervoer	RIVM-richtlijnen gelden: groepsvervoer in veel gevallen niet mogelijk. Bovenregionaal Valys-vervoer is stilgelegd, behalve voor prioritaire ritten.	VWS: In Richtlijn dagbesteding passage vervoer opgenomen met wat kan en mag (16/04) VWS, ZN en KNV: Er zijn twee protocollen opgesteld voor veilig en verantwoord taxivervoer voor mensen met en zonder COVID-achtige klachten. VWS: Afspraken hervatting bovenregionaal Valysvervoer is in voorbereiding.	Per **1 juni** vervoer per taxi weer opgestart met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Het opgestelde protocol zal naar aanleiding hiervan worden aangepast. Per **1 juni** herstarten bovenregionaal Valysvervoer met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers.

4 **a. Mensen met een beperking in instellingen** *die geen of een beperkt risico hebben op een ernstig verloop bij coronabesmetting.*	Bezoek in instelling	Nee, tenzij regeling (Afwegingskader VGN): geen bezoek, tenzij bezoeker belangrijke rol speelt bij dagelijkse zorg en ondersteuning. Wordt verschillend toegepast. Beperkt tot bezoek van cruciale personen.	VWS: richtlijn op Rijksoverheid.nl en uitwerking van afwegingskader door VGN Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Per 25 mei regeling veranderen naar "Ja, mits". Bezoek is toegestaan, mits de gestelde maatregelen van het RIVM in acht genomen worden. Dat betekent ook dat bezoek niet mogelijk is wanneer er een besmetting op de woning is geconstateerd.
	Verlof voor cliënten die thuis willen logeren	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Vanaf 25 mei is logeren buiten de instelling voor een korte periode toegestaan wanneer dit noodzakelijk is voor de kwaliteit van leven van de cliënt, bijvoorbeeld indien hij of zij zonder logeren ernstig ontregeld zou raken. De cliënt is bij vertrek uit de instelling klachtenvrij en ook de personen die op het bezoekadres verblijven zijn klachtenvrij. Bij terugkeer naar de instelling wordt wederom een check gedaan op klachten. Er vindt geen terugkeer plaats indien er op de groep andere cliënten wonen met een verhoogd risico op een ernstig verloop van de besmetting, tenzij dit gebeurt met instemming van alle betrokken verwanten/vertegenwoordigers. Per 15 juni is dit weer voor alle logeersituaties toegestaan.
	Terugkeer in de instelling	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Mensen met een beperking die tijdens de corona-crisis zijn opgehaald door hun naasten kunnen weer terug naar hun huidige woning mits zijzelf en alle bewoners van hun tijdelijke adres 24 uur klachtenvrij zijn. Wanneer terugkeer plaatsvindt op een groep waar andere cliënten wonen met een verhoogd risico op een ernstig verloop van de besmetting, gebeurt dit slecht met instemming van alle cliënten of betrokken verwanten/vertegenwoordigers.
	Dagbesteding	Geen expliciete afspraken over. Veel dagbesteding wordt op dit moment op de woning gegeven.	Richtlijn dagbesteding	Voorstel: Vanaf 25 mei gaat de dagbesteding weer open voor bewoners van instellingen, ook als zij daarvoor naar een andere locatie moeten reizen.

4b. Mensen met een beperking in instellingen *die een hoog risico hebben op een ernstig verloop bij coronabesmetting óf geen 1.5 meter afstand kunnen houden.*	Bezoek in instelling	Afwegingskader VGN. Nee, tenzij regeling: geen bezoek, tenzij bezoeker belangrijke rol speelt bij dagelijkse zorg en ondersteuning. Wordt verschillend toegepast, maar meeste organisaties staan geen bezoek toe.	VWS: richtlijn op Rijksoverheid.nl en uitwerking van afwegingskader door VGN Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Per 25 mei start een proef bij X aantal zorgaanbieders naar "Ja, mits". We onderzoeken welke zorgvuldigheidseisen hieraan kunnen worden verbonden en monitoren in hoeverre deze aanpak voor deze doelgroep geschikt is. Per 15 juni wordt de bezoekregeling vrijgegeven voor de gehele gehandicaptenzorg. Alleen wanneer er sprake is van een besmetting of andere uitzonderlijke omstandigheden wordt het bezoek nog beperkt. Dit is onder voorwaarde van een goed verloop van de proef voor mensen met een beperking die een verhoogd risico hebben op een ernstig verloop bij corona besmetting.
	Verlof voor cliënten die thuis willen logeren	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Vanaf 25 mei wordt er in een aantal gevallen geoefend met logeren buiten de instelling voor een korte periode. Er wordt gekeken onder welke omstandigheden dat verantwoord kan. Vanaf 15 juni is logeren buiten de instelling voor een korte periode toegestaan wanneer dit noodzakelijk is voor de kwaliteit van leven van de cliënt, bijvoorbeeld indien hij of zij zonder logeren ernstig ontregeld zou raken. De cliënt is bij vertrek uit de instelling klachtenvrij en ook de personen die op het bezoekadres verblijven zijn klachtenvrij. Bij terugkeer naar de instelling wordt wederom een check gedaan op klachten. Er vindt alleen terugkeer op de groep plaats indien dit gebeurt met instemming van alle betrokken verwanten/vertegenwoordigers. Vanaf 15 juli is logeren buiten de instelling voor iedereen weer mogelijk, mits de proef goed verloopt.
	Terugkeer in instelling	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Mensen met een beperking die tijdens de corona-crisis opgehaald zijn door hun naasten kunnen vanaf 15 juni weer terug naar hun huidige woning mits zijzelf en alle bewoners van hun tijdelijke adres 24 uur klachtenvrij zijn. Wanneer terugkeer plaatsvindt op een groep waar andere cliënten wonen met een verhoogd risico op een ernstig verloop van

				de besmetting, gebeurt met instemming van alle betrokken verwanten/vertegenwoordigers.
	Dagbesteding	Loopt mee in de Nee, tenzij regeling en is gesloten. Dagbesteding wordt op de woning gegeven.		Voorstel: Vanaf 25 mei wordt de dagbesteding voor bewoners van instellingen weer geopend. Wanneer het gaat om een dagbestedingsgroep waar ook cliënten van buiten de locatie komen, of het gaat om het volgen van dagbesteding op een andere locatie door mensen met een verhoogd risico, wordt tot 15 juni de tijd genomen om te onderzoeken hoe dat zo veilig mogelijk kan. Vanaf 15 juni heeft iedereen weer dagbesteding op een gepaste locatie.
5. GGZ patiënten in instellingen	Bezoek in instelling	Geen algehele bezoekersstop in de ggz, gezien grote mentale risico's bij isolatie. Uitgangspunt voor bezoekregeling: 'ja tenzij/mits'. -Stelregel: maximaal één bezoeker per dag, maximaal uur. -Naast binnenshuis bezoek ontvangen, is ook bezoek ontvangen in de buitenlucht toegepast (wandelen). -Er is altijd sprake van maatwerk: instellingen kunnen afwijken van deze voorwaarde afhankelijk van hun risico-inschatting. Op isolatie/quarantaine-afdelingen is bezoek niet mogelijk.	De ggz-partijen (vertegenwoordigers van patiënten en naasten, professionals en zorgaanbieders) hebben richtlijn 'GGZ en corona' opgesteld met handvatten waarop bezoek aan patiënten in instellingen mogelijk is (getoetst door RIVM, versie 1, **27-3-20**). De laatste versie richtlijn (versie 4, **1-5-20**) is op het onderdeel bezoek verruimd: - Wanneer instelling besluit dat afdeling geen bezoek kan ontvangen, kan regiebehandelaar, in het licht van (ongewenste) individuele gevolgen voor patiënt, zoeken naar passende oplossing voor ontvangen van bezoek. - Voor dringende gevallen gelden specifieke regels, bijv. bij urgent bezoek van advocaat. Beslissing voor maken van uitzondering ligt bij regiebehandelaar.	**Per 15 mei**: GGZ NL brengt handreiking uit voor ggz-instellingen inzake hervatting reguliere zorg ggz-instellingen. Adviezen in handreiking aangaande looproutes, inrichting van ruimtes etc. faciliteren het ontvangen van bezoek. **Per 19 mei**: Akwa GGZ brengt versie 4 richtlijn uit na consultatie ggz-partijen: - Voorliggende onderdeel revisie richtlijn is: "Het is belangrijk bezoek weer ruimhartiger toe te staan daar waar dat verantwoord kan binnen de kaders van deze richtlijn." - De individuele zorgaanbieder behoudt de mogelijkheid zelf de regeling aan te passen wanneer daartoe aanleiding is (maatwerk). - **Realisatie z.s.m.**: Partijen in de ggz ontwikkelen een gezamenlijk standpunt om het veld (instellingen en professionals) op te roepen gebruik te maken van de mogelijkheden om bezoek toe te staan. Standpunt wordt op dit moment geformuleerd. **-** Volgende updates richtlijn 'Covid en GGZ' zijn op of rond **2-6-20** en **16-6-20**, eventuele wijzigingen coronamaatregelen Rijksoverheid (incl. RIVM) kunnen dan worden verwerkt**.** - NB: beperkt bezoek is altijd mogelijk geweest (uitgezonderd bij isolatieverpleging en binnen quarantaine afdelingen).

	Behandeling	Richtlijn 'GGZ en corona' voorziet in omschrijving mogelijkheden behandeling in ggz, op basis van richtlijnen (en onderschreven door) RIVM.	- Behandeling is steeds mogelijk geweest. Wel zijn coronamaatregelen toegepast, waardoor belangrijk deel behandeling tijdelijk op afstand (digitaal/telefonisch) is geboden. - Bij medische indicatie is face to face behandelcontact steeds uitgevoerd, met inachtneming maatregelen. - Huidige versie richtlijn (**1-5-20**) omschrijft ruimere mogelijkheden voor behandeling face to face, op basis van versoepeling coronamaatregelen. - Zie: https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/richtlijn/voorkomen-van-besmetting/polikliniekbezoek-vrijgevestigde-praktijk-en-behandeling	**Per 15 mei**: GGZ NL brengt handreiking uit voor ggz-instellingen inzake hervatting reguliere zorg ggz-instellingen.
6. Beschermd wonen/ Maatschappelijke opvang/ Vrouwenopvang	Bezoek ontvangen	Geen bezoekersstop. Wel in praktijk aantal beperkingen opgelegd om doelgroep te beschermen	Valente/GGZnl: bezoekersrichtlijn opgesteld (23/3) over maatwerk. Uitgangspunt is 1 persoon, 1 uur per dag, tenzij er omstandigheden zijn waardoor afdeling andere afwegingen maakt. Geen bezoek bij klachten.	Maatwerk blijft gelden. Bezoekersrichtlijn blijft intact omdat in- en uitstroom van personen in de instellingen moeten blijven ingeperkt. Bezoekersrichtlijn hoeft niet worden te verruimd omdat uitgangspunt maatwerk is. Per **1 juni** bezoek mogelijk binnen dan geldende algemene kabinetsmaatregelen (maatwerk per instelling blijft mogelijk in geval van cliënten of bezoekers met (verdenking van) corona-klachten).
	Mogelijkheid zelf BW te verlaten	Geen beperking. Algemene kabinetsmaatregel: vermijd drukte	Geen	Geen
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding om aan te geven wat mag en kan (16/04) en verlengt tot eind mei. VWS: Aanpassing richtlijn met verruiming testen en PBM voor medewerkers.	Vanaf **1 juni** moet dagbesteding met groepen weer verder opgestart worden met 1,5m en algemene RIVM richtlijnen. Streven 60% open en 40% alternatieve dagbesteding. Vanaf **1 augustus** 100% weer fysiek open.
	(Ambulante) Begeleiding	Geen beperking.	GGZ-NL: Handreiking Hervatten reguliere ggz	**Per direct:** Face-to-face contact in behandeling en begeleiding wordt zoveel

		In praktijk: Afgeschaald en/of digitaal georganiseerd.		mogelijk hervat met inachtneming van de algemene richtlijnen RIVM
7. Jeugd residentieel alle vormen (open of gesloten instelling, pleeggezin, gezinshuis of anderszins)	Dagbesteding	**Geen beperking**, indien bewoner niet ziek is. **In de praktijk:** Veelal aangepaste/beperkte dagbesteding op de woonlocatie	VWS: advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Analoog aan aanpak onderwijs: Per **11 mei** dagbesteding voor kinderen tot en met 12 jaar weer openstellen. Per **1 juni** dagbesteding voor kinderen vanaf 13 weer openstellen
	Behandeling/ begeleiding	**Geen beperking**, indien bewoner niet ziek is. **In de praktijk:** Veelal aangepast (online/telefonisch)	VWS: advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Per **direct** beperking voor alle jeugd tot 18 opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen
	Bezoek in de instelling	Beperkt bezoek van cruciale personen: 1 bezoeker per dag, maximaal 1 uur, verder maatwerk	VWS: Richtlijn bezoek instellingen en vertaling kaders in advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Per **direct** beperking bezoek voor alle jeugd tot 18 opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen
	Bezoek jeugdige aan huis	**Geen beperking**, indien bewoner niet ziek is. In de praktijk: Veelal beperkt/aangepast (online/ telefonisch)	VWS: advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Per **direct** beperking voor alle jeugd tot 18 opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen
8. Jeugd thuiswonend	Behandeling/ begeleiding (= ambulant, thuis of op locatie instelling)	**Geen beperking**, indien bewoner niet ziek is. **In de praktijk** veelal aangepast (online/telefonisch)	VWS: handreiking dagbesteding, dagopvang en dagbehandeling op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Per **direct** beperking voor alle jeugd tot 18 opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Analoog aan aanpak onderwijs: Per **11 mei** dagbesteding voor kinderen tot en met 12 jaar weer openstellen. Per **1 juni** dagbesteding voor kinderen vanaf 13 weer openstellen
	Vervoer	Vervoer voor jeugd t/m 12 kan op de gebruikelijke wijze plaatsvinden. Voor de groep vanaf	OCW/SZW: richtlijn m.b.t. leerlingenvervoer op Rijksoverheid.nl	Per **1 juni** verruiming voor jeugd vanaf 13 jaar

		13 jaar komt nog een afspraak	Brancheorganisaties vervoer: Protocol voor veilig leerlingen- en kinderopvangvervoer	

Afstemmingsoverleg 13 mei

PROCES

Crisis Coronavirus
Datum, tijdstip en locatie 13 mei 2020 10:45-11:45
Volgend overleg 14 mei 2020 10:45-11:45
Aanwezigen:
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (WJZ)
(10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (MEVA)
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCC)
(10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 13 mei

Spoedwetgeving Covid-19 (toelichting (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) WJZ)

- WJZ maakt een annotatie voor het bewindspersonenoverleg a.s. vrijdag met BZK en MJenV over de nieuwe Covidwet. Uitgangspunt is dat we de wet niet willen tegenhouden maar wel de onderdelen die de WPG ondermijnen. WJZ betrekt daarbij NCTV ivm het gezamenlijke belang bij de rol van Veiligheidsregio's.

Toelichting: De nieuwe Covidwet moet vrijdag klaar zijn voor consultatie voor het bewindspersonen overleg. Vraag is of de VR een plek krijgt in de wet. BZK wil van noodverordening af, omdat de VR niet democratisch gelegitimeerd is. Echter wordt er door MVWS verantwoording afgelegd in het parlement. Ook de vraag of deze wet de WPG niet ondermijnt. Het is namelijk belangrijk bij een tweede golf de wpg te kunnen inzetten en strakker te kunnen ingrijpen. De covid-wet zal voor de duur van Corona zijn.

Advies Chief Nursing Officer (toegelicht door (10)(2e) MEVA)

- dMEVA maakt een procesbrief aan de Kamer om het advies van de Chief Nursing Officer aan te bieden wat vanmiddag komt en morgen met de bonden wordt besproken, en legt deze voor het uitsturen nog eerst voor aan MVWS.

Toelichting: Er is een advies over draagkracht onder de verpleegkundigen. In het advies wordt gesproken over arbeidskrapte, ziekteverzuim en psychische belastbaarheid. Vervolgens is er een ketenbrede visie nodig; je creëert een waterbed effect als je personeel op andere plekken inzet. Er moet één programmatische aanpak komen. Voorstel is dit advies met een procesbrief naar de Kamer te sturen.

Proces

- MVWS kijkt met DGV naar nazending OMT aanvraag voor deze uitgaat – het is belangrijk dat de voorstellen van andere departementen worden voorgelegd met het verzoek om reactie te geven op het te verwachten gezondheidseffect.
- DGV kijkt ook of het MBO daarin nog moet worden meegenomen. De aanvraag wordt ook met de DPGen gedeeld.
- Daarnaast kijkt DGV met RIVM op welke manier appreciatie van de controlestrategie moet landen – in een aparte OMT aanvraag of in gesprek met RIVM. Er moet een reactie voorbereid worden op de alternatieve strategie die containment.nu vandaag naar buiten zal brengen.

Toelichting: De OMT aanvraag moet vandaag uit. Vrijdag wordt een concept versie van de huidige strategie en controlestrategie in het torentje besproken.

Wijziging telecomwet

- dPG met WJZ zorgen dat alles mbt de gevraagde PIA is aangeleverd bij de Autoriteit Persoonsgegevens vandaag. MVWS wil de memorie van toelichting op de spoedwet die vrijdag in de MR voorligt zien, advies moet vandaag mee in de tas.

Toelichting: Vrijdag ligt de spoedwet voor in MR.

Toerisme

- MVWS vraagt NCTV om eigenaar te worden van het toerisme dossier omdat er consistentie nodig is mbt reizen en maatregelen. DGV vraagt dIZ om een overzicht van wat er in de vandaag gepubliceerde EU guidelines over toerisme staat.

Toelichting: Er is onduidelijkheid over wie eigenaar is van toerisme. IenW gaat over vliegverboden, BZ geeft reisadviezen en uiteindelijk komt dit dossier steeds terug. Vandaag moet eigenaarschap daarom besloten worden. Mbt reisadviezen is de lijn vooral dat Nederland geen magneet wil zijn en het ook niet gewenst is dat Nederlandse naar besmette gebieden afreizen.

Innovatieve behandelingen

- PG bereidt met GMT input over innovatieve behandelingen voor, naar verwachting kan met de info vanuit SWAB komende week info liggen bij het vaccinteam. Daarbij wordt de update mbt plasmabehandelingen van dGMT betrokken.
- Griepvaccinatie wordt vanmiddag apart besproken met DGV.

App

- SG plant een apart overleg om MVWS bij te praten over de apps.

Toelichting: Proof of concept gaat in de laatste week van mei spelen en in juni start dan het experimenten met de digitale app.

Steunpakketten

- DGLZ spreekt met EZK en FIN over het steunpakket irt voorschotten aan de gemeente voor jeugd en sociaal domein. GGD vergoedingen hoeven daar niet in worden meegenomen want heeft de voorkeur om direct vanuit VWS te laten plaatsvinden.

Vijfhoek

- dMEVA stemt inbreng VWS in ambtelijke vijfhoek vrijdagochtend af met MVWS en MMZS.

Inhoudsopgave kamerbrief 19 mei

287125

- Het verhaal over de fasen moet opnieuw verteld worden, gevolgd door toelichting we in de controlefase de nieuwe controlestrategie gaan toepassen. Dus punt 1,2 en 4 samenvoegen in een verhaal. Dan deel over de ankers, dan de overige punten. Communicatie blok is in deze fase met gedragsregels en nudging juist nodig, dus moet worden opgenomen.
- DCo maakt voor het weekend het narratief over PBM af. Daarnaast halen GMT en DGLZ stukken bij elkaar uit de technische briefing en het RIVM filmpje over de zin en onzin van mondkapjes, niet perse voor brief of debat maar er moet een plek komen om dit in de communicatie te nuanceren.

Toelichting: Inzet is in de buurt van 20 kantjes te komen bij de volgende Kamerbrief. Vraag is hoe we omgaan met publiekscommunicatie en het verhaal over het nut van mondkapjes.

ONDERBOUWING ROUTEKAART **Welke verruiming en wanneer?**

1. Kwetsbare ouderen thuis

- Belangrijk is om uit te stralen dat zorg en ondersteuning die tijdelijk afgeschaald was, waar mogelijk weer moet worden opgeschaald.
- Belangrijk dat ouderen weten dat ze mogen vragen om de zorg, ondersteuning die zij nodig hebben en deel mogen nemen aan activiteiten die bijdragen aan de sociale/mentale gezondheid (dit zou mogelijk zijn met verruiming advies 'naar buiten gaan').
- Er zijn richtlijnen, beschermingsmiddelen en testmogelijkheden om dit te faciliteren.
- De continuïteit van financiering van de zorgen ondersteuning is geregeld, er is personeel en capaciteit beschikbaar, er is geen noodzaak voor ouderen om deze ondersteuning of zorg af te zeggen omdat deze veilig kan worden geleverd. Mantelzorgers hebben toegang tot testen en PBM.
- Waar dagbestedingslocaties zijn gesloten, geldt dat deze met inachtneming van de 1,5m regels weer open kunnen. Voor bezoek aan thuiswonende ouderen wordt een nieuw OMT advies verwacht dat kijkt naar de mogelijkheden voor verruiming.
- De voorstellen zijn nog niet afgestemd. Gebeurd komende dagen.

2. Kwetsbare ouderen in verpleeghuis

Randvoorwaarden:

- Monitoring door ggd-en op virusbesmettingen
- Monitoring door de Academische Werkplaatsen naleving en impact van de bezoekregeling op het welbevinden van bewoners, hun naasten en zorgmedewerkers
- Er is voldoende testcapaciteit beschikbaar
- Er zijn voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor de zorgverleners
- De sector heeft een handreiking opgesteld hoe om te gaan met de versoepelde bezoekregeling.

Aan deze randvoorwaarden is voldaan.

- Op 11 mei is voorzichtig gestart met 26 locaties.
- Per 25 mei opschaling naar meer locaties. Ervaringen uit eerste fase zijn hiervoor van belang.
- Per 15 juni gaat de aangepaste bezoekregeling voor alle verpleeghuizen gelden.
- Per 15 juli vervalt de bezoekregeling en dus de beperkingen zoals die nu gelden.

Onderbouwing data: op dit moment is het aantal nieuwe locaties met een besmetting afgevlakt en is er een afname van het aantal nieuwe meldingen en verdenkingen. Daarom kan worden gestart. Vervolgens wordt steeds enkele weken ervaring opgedaan met de bezoekregeling, die gemonitord wordt. Dit is steeds input voor besluit over de volgende fase.

3. Mensen met een beperking thuis

Ad 1. Bezoek thuis

- De verruiming voor ouderen wordt gelijkgetrokken voor andere kwetsbare groepen van mensen met een beperking. De mate van kwetsbaarheid voor ernstig beloop is voor beide groepen immers hetzelfde. Ook voor mensen met een beperking met beperkte zelfredzaamheid is bezoek van groot belang.
- De uitkomst van het nieuwe OMT-advies kan leiden tot verdere verruiming bezoek aan huis.
- Voornemen is om aan het RIVM een vraag te stellen over de noodzaak om de lijst met kwetsbare groepen uit te breiden met mensen met een contra-indicatie voor IC-opname, bijvoorbeeld in verband met spierzwakte door rolstoelgebondenheid.

Ad 2. Dagbesteding

- Voorstel vanuit VWS is om de dagbesteding vanaf 1 juni weer te starten voor verschillende groepen, namelijk:
- Mensen die geen of een beperkt risico hebben op een ernstig verloop bij coronabesmetting. → Bij deze groep is geen noodzaak tot extra voorzichtigheid.
- Mensen met verhoogd gezondheidsrisico maar voor wie in achtneming van de 1.5 meter afstand houden mogelijk is.

→ Bij deze groep is dagbesteding in te vullen in lijn met de algemene maatregelen van het RIVM.

- Mensen die bij familie thuis wonen om zo de naasten te kunnen ontzorgen en de mensen zelf weer structuur te kunnen bieden.
- Mensen die begeleid zelfstandig wonen en die geen 24 uurs begeleiding hebben die voor invulling van de dag kan zorgen. Dagbesteding biedt hen weer structuur, hetgeen leidt tot afname van spanningen.

  → Bij deze twee groepen is de herstart het meest urgent in verband met mogelijke overbelasting van naasten.
- Voorstel vanuit VWS is om voor andere kwetsbare groepen de dagbesteding per 15 juni weer te starten.

  In de twee weken extra hebben aanbieders de mogelijkheid te onderzoeken hoe de dagbesteding voor deze groep veilig en verantwoord kan worden vormgegeven. Aan het RIVM wordt advies gevraagd over nut en noodzaak van aanvullende preventieve maatregelen.

Ad 3. Vervoer

- Per 1 juni vervoer per taxi weer opgestart met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Het opgestelde protocol zal naar aanleiding hiervan worden aangepast.
- Het dragen van een niet-medisch mondkapje is een wens van de vervoerders. Onderbouwing daarbij is dat dit in lijn is met de verplichting in het OV. Ook bij doelgroepenvervoer kan geen 1,5 meter afstand worden gehouden. Niet tussen passagier en chauffeur, maar ook niet tussen passagiers onderling. Als de 1,5 meter strikt zou moeten worden aangehouden, dan is de capaciteit voor het vervoer ontoereikend om het noodzakelijke vervoer weer te kunnen opstarten.

- Per 1 juni herstarten bovenregionaal Valysvervoer met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. De gesprekken hierover zijn in voorbereiding.

4. a. Mensen met een beperking in instellingen

- Vanaf 25 mei zal de bezoekregeling veranderen naar "Ja, mits". Bezoek is toegestaan, mits de gestelde maatregelen van het RIVM in acht genomen worden. Zorgaanbieders zullen aan de hand van de opgestelde handleiding hun organisatie voorbereiden om bezoek weer toe te kunnen laten.
- Per 1 juni is er voor iedereen met een beperking woonachtig in een zorginstelling een passende vorm van dagbesteding georganiseerd.
- Per 15 juni is er voor iedereen met een beperking woonachtig in een zorginstelling een goede manier invulling gegeven aan het ontvangen van bezoek.
- Per 1 juli 2020 is met iedere cliënt woonachtig in een instelling passende afspraken gemaakt over logeren buiten de instelling.

** We sluiten met deze data aan bij het tijdspad van de ouderenzorg en het openstellen van het voortgezet speciaal onderwijs.*

4. GGZ patiënten in instellingen

- De ggz-partijen (cliënten-/naastenperspectief, professionals, zorgaanbieders) hebben een richtlijn 'GGZ en corona' opgesteld, deze is onderschreven door het RIVM.
- Genoemde richtlijn werkt binnen de kaders die het RIVM in algemene richtlijnen stelt m.b.t. zorg buiten het ziekenhuis en testbeleid.
- Richtlijn gaat ook in op bezoek binnen intramurale ggz: geen algemene bezoekbeperking, wel beperkingen op grond van corona-maatregelen over overheidswege.
- Op instellingsniveau is maatwerk toegepast, bijvoorbeeld voor intramurale ouderenpsychiatrie en forensische zorg.
- Ggz-partijen vormen nu een werkgroep waarbij iedere twee weken de richtlijn wordt gereviseerd op basis van overheidsrichtlijnen en voortschrijdend inzicht. Dit staat onder regie van kwaliteitsstatuut Akwa.

- Ggz-partijen stemmen af onder regie van VWS in wekelijks overstijgend overleg ggz&corona.
- Op 15-5-2020 brengt GG NL een handreiking uit voor ggz-instellingen inzake hervatting reguliere zorg ggz-instellingen. Deze handreiking faciliteert het ontvangen van bezoek door adviezen aangaande looproutes, inrichting van ruimtes etc.
- Mede ondersteunend hieraan: Partijen in de ggz ontwikkelen een gezamenlijk standpunt om het veld (instellingen en professionals) op te roepen gebruik te maken van de mogelijkheden om bezoek toe te staan. Standpunt wordt op dit moment geformuleerd. Realisatie zsm.
- De onderbouwing voor verdere verruiming bezoekregeling ligt versie 4.0 van de richtlijn die Akwa GGZ uitbrengt na consultatie ggz-partijen: voorliggende onderdeel revisie richtlijn is "Het is belangrijk bezoek weer ruimhartiger toe te staan daar waar dat verantwoord kan binnen de kaders van deze richtlijn."
- De individuele zorgaanbieder behoudt de mogelijkheid zelf de regeling aan te passen wanneer daartoe aanleiding is (maatwerk).

5. Beschermd wonen/ Maatschappelijke opvang/ Vrouwenopvang

- Belangrijk is om uit te stralen dat zorg en ondersteuning die tijdelijk afgeschaald was, waar mogelijk weer moet worden opgeschaald
- Bezoek is per 1 juni weer mogelijk omdat voor mensen in beschermd wonen/vrouwenopvang/maatschappelijke opvang over het algemeen geen verhoogd gezondheidsrisico hebben. Er zijn echter wel afdelingen waar het moeilijk is om de 1,5 meter afstand te houden i.v.m. ruimtegebrek of i.v.m. psychische problematiek. In dat geval moet de instelling op basis van maatwerk kunnen besluiten dat bezoek moet worden beperkt. Daarom blijft de bezoekersrichtlijn van GGZ Nl en Valente gelden.
- In de nachtopvang van de maatschappelijke opvang komt over het algemeen geen bezoek. Er zijn echter ook veel maatschappelijke opvang locaties met 1 en 2 persoonskamers waar wel bezoek komt en waar ook veel begeleiding komt, dus deze doelgroep moet hier ook in op worden genomen.
- Dagbesteding kan zoveel mogelijk open voor de mensen die geen gezondheidsrisico lopen, met inachtneming van de algemene maatregelen.

7. Jeugd residentieel alle vormen (open of gesloten instelling, pleeggezin, gezinshuis of anderszins)

8. Jeugd thuiswonend

- Bezoek en behandeling **per direct** in de praktijk te versoepelen (met inachtneming RIVM richtlijnen)
- Per **11 mei** (= feitelijk ook **per direct**) dagbesteding voor kinderen tot en met 12 jaar weer openstellen.
- Per **1 juni** dagbesteding voor kinderen vanaf 13 weer openstellen

Toelichting

- Kinderen en jongeren behoren, ook bij onderliggende medische problematiek, tot een laag-risicogroep. Voor situaties die enige gelijkenis vertonen met de situatie in het onderwijs, te weten dagbesteding en vervoer, stellen we voor om de aanpak zoals gehanteerd in het onderwijs te volgen, om zo voor alle kinderen en jongeren in Nederland dezelfde logica te hanteren.
- Momenteel wordt in de 1,5 meter regels onderscheid gemaakt tussen kinderen t/m 12 jaar en jongeren van 13 jaar en ouder. Dit geeft in de praktijk veel complicaties vanwege gemengde leeftijdsgroepen en voor jongeren die fysieke nabijheid nodig hebben /niet in staat zijn 1,5 meter regel na te leven.
- Besluitvorming:
- Over de verruiming is nog afstemming nodig in stuurgroep zorg voor jeugd (14 mei)
- De precieze uitwerking dient nog vorm te krijgen in afstemming met OCW en in lijn met de door OMT/RIVM uit te brengen adviezen.
- Voor alle in deze routekaart opgenomen onderdelen gelden onverkort de RIVM-hygiëneregels en -richtlijnen m.b.t. 1,5 meter afstand houden. Er is advies bij RIVM/OMT gevraagd over

mogelijkheid van opheffen van de 1,5 meter regel voor jongeren van 13 tot en met 18 in de zorg en over vervoer van jongeren van 13 tot en met 18 jaar. Totdat dit advies er ligt blijven de huidige afstandsregels gelden.

287133

SITUATIERAPPORT Departementaal Crisiscentrum VWS | Nieuw Coronavirus

1. GEGEVENS	
Aan	Voorzitters Veiligheidsregio's Directeuren Publieke Gezondheid GGD-GHOR Nederland Informatieteam NCTV Departementale crisiscentra RIVM
Periode	9 – 15 mei 2020
Nummer	13
Planning	Wekelijks
Classificatie	Bestemd voor VR, DPG en GGD en GHOR organisaties

Kernverhaal
In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw coronavirus. Dit virus kan de ziekte COVID-19 veroorzaken. Het nieuwe virus heeft zich inmiddels wereldwijd verspreid. Ook in Nederland zijn COVID-19 patiënten en zijn er patiënten overleden aan het virus. Het Nederlandse beleid is erop gericht om verspreiding maximaal te controleren en zo de druk op de zorg te minimaliseren.

Feiten – stand van zaken 15-05-2020
- Het totaal aantal positief geteste patiënten: 43.681 (+200)
- Het totaal aantal gemelde patiënten opgenomen (geweest) in het ziekenhuis: 11.492 (+35)
- Het totaal aantal gemelde overleden personen: 5.643 (+53)

Het aantal gemelde ziekenhuisopnames was de afgelopen week stabiel laag rond de 20-30 per dag, vergeleken met ruim 600 gemelde opnames per dag eind maart.

1. **ORGANISATIE**/OPSCHALING

Achtergrond OMT
Het RIVM heeft een pagina met achtergrondinformatie toegevoegd over de rol van het RIVM en de rol van het OMT bij een uitbraak van een infectieziekte. Zie voor meer informatie www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/omt

Scenario voor de zorgsector
Op dinsdag 12 mei is er een eerste bijeenkomst van het LOT-C geweest om een nieuw een scenario voor de zorgsector te ontwikkelen, op basis van de kennis van de afgelopen maanden. Samen met vertegenwoordigers van GGD GHOR Nederland, LCPS, LNAZ, VVT en PBM zijn factoren benoemd die invloed hebben op de as van 'zorgsysteem toereikend' en 'zorgsysteem overbelast'. De volgende stap is dat de actoren uitgenodigd worden om mee te denken over die factoren. De derde stap is dat we die informatie omzetten in een concreet scenario met een worst-case en best-case variant.

1. OORDEEL / ONDERWERPEN

Sterfte begin mei nog sterk verhoogd maar veel lager dan in voorgaande weken
In de week van 30 april tot en met 6 mei 2020 was de totale sterfte in Nederland sterk verhoogd. Wel was de oversterfte veel lager dan in voorgaande weken. In totaal zijn 3.101 sterfgevallen gemeld, gewoonlijk verwachten we in deze tijd van het jaar tussen de 2.585 en 2.889 sterfgevallen. Dat is tussen 212 en 516 meer sterfgevallen dan we zouden verwachten. Deze aantallen zijn komen min of meer overeen met de gemelde sterfte aan

287133

laboratoriumbevestigde COVID-19 in diezelfde week (347). Zie https://www.rivm.nl/nieuws/Sterfte-30-april-tot-6-mei-nog-sterk-verhoogd

COVID-19 in verpleeghuizen stabiliseert
Het aantal nieuwe verpleeghuizen met COVID-19 patiënten is lager dan in maart en april. Sinds eind april stabiliseert het aantal nieuwe verpleeghuizen met COVID-19 patiënten. Er komen iedere dag nog wel nieuwe locaties bij, maar niet meer zoveel als in maart en de eerste helft van april. Zie https://www.rivm.nl/nieuws/covid-19-in-verpleeghuizen-stabiliseert

Informatiebehoefte en vertrouwen in informatie
In de loop van coronacrisis zijn mensen in Nederland zich meer zorgen gaan maken over hun eigen gezondheid en de gezondheid van hun familie. Ook de informatiebehoefte van mensen veranderde in de loop van de afgelopen maanden. Het vertrouwen in de informatie van het RIVM en de maatregelen is groot (80-85%). Dat blijkt uit de laatste tussenresultaten (week 28 april) van het vragenlijstonderzoek door het Nivel en het RIVM.

Webinar fysiologischce effecten maatregelen
Prof. dr. (10)(2e) (neuropsycholoog, VU) en dr. (10)(2e) (neuropsychoendocrinologie, TNO) organiseren op 20 mei een webinar over de fysiologische effecten die de huidige coronamaatregelen hebben. De webinar is bedoeld voor bestuurders, DPG'en, burgemeesters en andere belanghebbenden van RIVM en Defensie.

Bevolkingsonderzoeken in fases herstart
De drie bevolkingsonderzoeken naar kanker worden weer opgestart. De bevolkingsonderzoeken waren tijdelijk stopgezet als gevolg van de uitbraak van COVID-19. Voor het bevolkingsonderzoek darmkanker ontvangen cliënten vanaf deze week weer uitnodigingen. Vervolgens start medio juni - bij voldoende beschikbare persoonlijke beschermingsmiddelen - het bevolkingsonderzoek borstkanker weer op en begin juli het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Testen van zorgverleners
Het laten testen van zorgverleners verloopt wisselend: doorgaans goed, maar her en der ervaren zorgaanbieders hick ups. In een aantal regio's verloopt het testen goed ,maar IGJ ontvangt van zorgaanbieders in de sector 'Verpleging en Verzorging' niet altijd positieve ervaringen over het testen in verscheidene GGD regio's. Het gaat dan vooral om de snelheid waarmee testen afgenomen kunnen worden en de snelheid waarmee er een uitslag komt.

Kwetsbare personen
- Vanaf maandag 11 mei wordt een eerste voorzichtige stap gezet naar versoepeling van de bezoekregeling voor verpleeghuizen. In 26 verpleeghuislocaties wordt onder strikte voorwaarden één vaste bezoeker per verpleeghuisbewoner toegestaan. Met de kennis en ervaring die wordt opgedaan op deze locaties wil het kabinet stapsgewijs en voorzichtig op steeds meer verpleeghuislocaties beperkt bezoek toelaten. Als de bezoekregeling in de praktijk goed werkt dan is het de bedoeling dat per 25 mei in meer verpleeghuislocaties beperkt bezoek kan plaatsvinden. Dit wordt op 19 mei door het kabinet besloten.
- In hospices is weinig uitval onder vrijwilligers en zorgverleners door besmetting met corona. Wel zet een groot deel van de hospices minder vrijwilligers in omdat zij gezien hun leeftijd tot de risicogroep behoren. Een groot aantal hospices draait nog op 'volle kracht', drie hospices hebben de deuren tijdelijk gesloten.
- Aanbieders van gehandicaptenzorg hebben veel zorgen over de financiële afwikkeling van zorg die geleverd is (of juist niet geleverd is) tijdens de coronacrisis. Aanbieders geven aan dat gemeentes en zorgkantoren meer op instellingsniveau verantwoording vragen. Dit kost veel tijd en geeft onzekerheid.
- Meerdere V&V instellingen geven aan zorgen te hebben over de financiële gevolgen door minder aanmeldingen van cliënten en leegstand in verpleeghuizen.

287133

5. COMMUNICATIE

Pers- en publieksinformatie

- In de publiekscampagne 'Alleen samen krijgen we corona onder controle' wordt de urgentie van het gezamenlijk bestrijden van het coronavirus en de verschillende handelingsperspectieven onder de aandacht gebracht. Vanwege de paasdagen wordt de campagne geïntensiveerd en komt er meer nadruk op het volhouden van de maatregelen.
- Het RIVM verzorgt publiekscommunicatie. Op de site van het RIVM is een kaart opgenomen waarin de positieve uitslagen vermeld worden per gemeente. De kaart geeft het totaal aantal positief geteste patiënten weer. Het is geen kaart met het actuele aantal zieke mensen in Nederland. Het RIVM geeft op dit moment geen gegevens over mensen die weer genezen zijn.
- Ook is er publieksinformatie beschikbaar vanuit www.rijksoverheid.nl/coronavirus. Hier komt vanuit de één-overheidsgedachte informatie interdepartementaal bij elkaar met doelgroepgerichte communicatie.
- Op de website corona.steffie.nl legt uitleghulp (10)(2e) moeilijke informatie over het nieuwe coronavirus op een eenvoudige manier uit. De website is speciaal bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Het NKC verzorgt de brede publieksinformatie en het informatienummer 0800-1351. Dit algemene telefoonnummer is geopend voor vragen van het algemene publiek omtrent het nieuwe coronavirus COVID-19. Inmiddels werken hier 88 mensen om de vragen te beantwoorden.
- Op de website https://www.nji.nl/coronavirus, geeft het Nederlands Jeugdinstituut allerlei antwoorden op vragen die leven onder jongeren, ouders en professionals in het jeugddomein. Alle informatie is afgestemd met cliëntenorganisaties, professionals, jeugdhulpaanbieders, gemeenten, onderwijskoepels, ministeries (VWS, JenV, SZW en OCW) en wordt dagelijks bijgewerkt. Ze hebben een maandelijks bereik van circa 1 miljoen bezoekers.

Gegevensbronnen over COVID-19

Op de website van het RIVM is de 'wegwijzer naar gegevensbronnen over COVID-19' te vinden https://databronnencovid19.nl/. Deze wegwijzer toont een overzicht van databronnen die gerelateerd zijn aan het coronavirus en het bijbehorende ziektebeeld COVID-19. Van elke bron is een beschrijving opgenomen, en waar van toepassing een verwijzing naar de dataset(s).

5. MEER INFORMATIE

Relevante links:

- https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19
- https://www.rivm.nl/
- Protocol voor de professionals: Landelijk draaiboek uitbraak infectieziekte: https://lci.rivm.nl/draaiboeken/generiek-draaiboek
- https://www.igj.nl/onderwerpen/coronavirus

Politiek

- Tweede kamer. Plenair debat over bestrijding van het coronavirus – 12 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief Inzet nationale crisisstructuur COVID-19 – 13 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief Stand van zaken bestrijding COVID-19 – 17 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief Aanscherping bezoek verpleeghuizen i.v.m. COVID-19 – 19 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 25 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 31 maart 2020
- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 7 april 2020
- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 15 april 2020
- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 22 april 2020

- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 6 mei 2020

ROUTEKAART VOOR VEILIGE EN PASSENDE ZORG EN ONDERSTEUNING VOOR MENSEN MET EEN KWETSBARE GEZONDHEID

Doelgroep	Onderwerp	Welke beperking geldt? Welke beperking zien we in praktijk?	Wie heeft welke acties ondernomen?	Welke verruiming en wanneer?
1. Kwetsbare ouderen thuis	Bezoek thuis ontvangen	Geen bezoek, m.u.v. mensen die sociaal geïsoleerd raken	VWS: OMT advies gevraagd over verruiming bezoek (08/05)	Per **30 mei** bezoek ontvangen mogelijk mits zonder klachten en binnen RIVM richtlijnen en hygiënevoorschriften van RIVM, 1,5 meter afstand (ovb OMT advies)
	Huishoudelijke hulp, maaltijd-ondersteuning,	Geen beperking Ingeval cliënt besmet: hh wordt gestopt. **In praktijk:** In begin van crisis is veel ondersteuning afgeschaald.	VWS: Richtlijnen huishoudelijke hulp om aan te geven wat mag en kan 16/04)	Verlenging van richtlijnen **na 19 mei** – met heldere boodschap Vanaf **6 mei** testen hh mogelijk Vanaf **19 mei** PBM (reserve pakketje) beschikbaar voor elke hh medewerker
	Wijkverpleging	Geen	RIVM: Richtlijn PBM en testbeleid V&VN/vakbonden: uitwerking situaties waarin beredeneerd afgeweken kan worden van Richtlijn	Continuering van Richtlijn PBM en testbeleid

	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding om aan te geven wat mag en kan (16/04) en verlengt tot eind mei. VWS: Richtlijn aangepast – open tenzij (met comply and explain) (14/05)	Vanaf 30 mei**1 juni** moet **100% van de mensen** weer een vorm van dagbesteding krijgen. Met inachtneming van de 1,5 m, in vaste kleine groepen en met inachtneming van de algemene hygiëne adviezen van het RIVM. Door deze maatregelen kan het zijn dat niet iedereen tegelijk fysiek kan deelnemen aan dagbesteding. Fysiek deelnemen kan dan door bij voorbeeld in deelgroepen of dagdelen te werken. Dit geldt voor zowel specifieke dagbestedingslocaties als publieke voorzieningen (buurthuizen). Als men niet fysiek kan deelnemen wordt een alternatieve vorm van dagbesteding aangeboden.
	Mantelzorg	Geen beperking, alleen bij cliënt met COVID 19 waar mogelijk uitstel of vervangende professionele zorg regelen	VWS: Richtlijn mantelzorg om aan te geven wat mag en kan (16/04) Richtlijn aangepast met testbeleid mantelzorgers per 6 mei en PBM vanaf 18 mei (14/05)	Per **18 mei** geen bijzonderheden ikv corona meer te regelen voor mantelzorgers (test-beleid en PBM gereed).
	Vervoer (bijv naar dagbesteding)	RIVM-richtlijnen gelden: groepsvervoer in veel gevallen niet mogelijk.	VWS: In Richtlijn dagbesteding passage vervoer opgenomen met wat kan en mag (16/04) Kabinet: in OV is het dragen van (niet medische) mondkapjes verplicht per 01/06	Per **30mei** vervoer per taxi weer opgestart met verplicht dragen van medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt. Per **30 mei** herstarten bovenregionaal Valysvervoer met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt.
2. Kwetsbare ouderen in verpleeghuis	Bezoek in verpleeghuizen ontvangen	Geen bezoek. Er zijn 2 uitzonderingen: 1. Mensen in de palliatieve fase Op 26 locaties versoepeling bezoekregeling. Dan geldt één vaste bezoeker per bewoner.	VWS: OMT advies over de randvoorwaarden voor versoepeling bezoekregeling (04/05). Veldpartijen: evt. aanpassing handreiking (15/07)	Per **11 mei**: 25 verpleeghuislocaties gaan ervaring opdoen met aangepaste bezoekregeling. Beperkt bezoek: één vaste bezoeker per bewoner. Er is door de betrokken veldpartijen een handreiking opgesteld. Per 8 juni: opschaling naar meer locaties.

				Dat wil zeggen: als een zorgaanbieder aan alle eisen kan voldoen, kan nieuwe bezoekregeling toegepast worden. Zorgaanbieder meldt dit bij de GGD. Per **6 juli:** Versoepelde bezoekregeling gaat gelden voor alle verpleeghuizen. Dat wil zeggen: in beginsel op alle locaties bezoek mogelijk, op de huidige wijze (1 vaste persoon per bewoner, enz). Uiteraard kan bezoek worden geweerd.
	Mantelzorg	?	?	?
3.Mensen met een beperking thuis	Ontvangen bezoek thuis	Advies voor ouderen en anderen met een kwetsbare gezondheid: geen bezoek.	VWS: OMT advies gevraagd over verruiming bezoek (08/05) NB. OMT advies gaat niet expliciet over andere kwetsbare groepen dan ouderen. VWS: OMT advies bezoek aan mensen met kwetsbare gezondheid over noodzaak aanvullende maatregelen bij bezoek (waarschijnlijk 15/05)	De verruiming voor ouderen wordt gelijk getrokken voor andere kwetsbare groepen. Uitkomst OMT advies kan leiden tot verruiming bezoek aan huis.
	Mantelzorg	Geen beperking, alleen bij cliënt met COVID 19 waar mogelijk uitstel of vervangende professionele zorg regelen	VWS: Richtlijn mantelzorg om aan te geven wat mag en kan (16/04) Richtlijn aangepast met testbeleid mantelzorgers per 6 mei en PBM vanaf 19 mei (14/05)	Per **19 mei** geen bijzonderheden ikv corona meer te regelen voor mantelzorgers (test-beleid en PBM gereed).
	Huishoudelijke hulp, maaltijd-ondersteuning,	Geen beperking Ingeval cliënt besmet: hh wordt gestopt. **In praktijk:** In begin van crisis is veel ondersteuning afgeschaald.	VWS: Richtlijnen huishoudelijke hulp om aan te geven wat mag en kan 16/04)	Verlenging van richtlijnen **na 19 mei** – met heldere boodschap Vanaf **6 mei** testen hh mogelijk Vanaf **19 mei** PBM (reserve pakketje) beschikbaar voor elke hh medewerker

	Wijkverpleging	Geen	RIVM: Richtlijn PBM en testbeleid V&VN/vakbonden: uitwerking situaties waarin beredeneerd afgeweken kan worden van Richtlijn	Continuering van Richtlijn PBM en testbeleid
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding kwetsbare mensen ook geldig voor mensen met een beperking (16/04)	**Per 30 mei**voor iedere cliënt een goede invulling van dagbesteding. De koepels stellen een nadere handreiking op met de uitgangspunten voor de invulling van de dagbesteding.
	Vervoer	RIVM-richtlijnen gelden: groepsvervoer in veel gevallen niet mogelijk. Bovenregionaal Valys-vervoer is stilgelegd, behalve voor prioritaire ritten.	VWS: In Richtlijn dagbesteding passage vervoer opgenomen met wat kan en mag (16/04) VWS, ZN en KNV: Er zijn twee protocollen opgesteld voor veilig en verantwoord taxivervoer voor mensen met en zonder COVID-achtige klachten. VWS: Afspraken hervatting bovenregionaal Valysvervoer zijn in voorbereiding.	**Per 30 mei** vervoer per taxi weer opgestart met verplicht dragen van chirurgische mondneusmasker voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt. Het opgestelde protocol zal naar aanleiding hiervan worden aangepast. **Per 30 mei** herstarten bovenregionaal Valysvervoer met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt.
4. Mensen met een niet-lichamelijke beperking in instellingen	Bezoek in instelling	Nee, tenzij regeling (Afwegingskader VGN): geen bezoek, tenzij bezoeker belangrijke rol speelt bij dagelijkse zorg en ondersteuning. Wordt verschillend toegepast. Beperkt tot bezoek van cruciale personen.	VWS: richtlijn op Rijksoverheid.nl en uitwerking van afwegingskader door VGN Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	**Vanaf 25 mei** zal de bezoekregeling veranderen naar "Ja, mits". Bezoek is toegestaan, mits de gestelde maatregelen van het RIVM in acht genomen worden. Zorgaanbieders zullen aan de hand van de opgestelde handleiding hun organisatie voorbereiden om bezoek weer toe te kunnen laten. **Per 15 juni** is er voor iedereen met een beperking woonachtig in een zorginstelling een goede manier invulling gegeven aan het ontvangen van bezoek.
	Dagbesteding	Geen expliciete afspraken over. Veel dagbesteding wordt op dit moment op de woning gegeven.	Richtlijn dagbesteding	**30 mei** is er voor iedereen met een beperking woonachtig in een zorginstelling een passende vorm van dagbesteding georganiseerd.

	Verlof voor cliënten die thuis willen logeren	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	**Per 1 juli** is met iedere cliënt woonachtig in een instelling passende afspraken gemaakt over logeren buiten de instelling.
5. GGZ patiënten in instellingen	Bezoek in instelling	Geen algehele bezoekersstop in de ggz, gezien grote mentale risico's bij isolatie. Uitgangspunt voor bezoekregeling: 'ja tenzij/mits'. -Stelregel: maximaal één bezoeker per dag, maximaal één uur. -Naast binnenshuis bezoek ontvangen, is ook bezoek ontvangen in de buitenlucht toegepast (wandelen). -Er is altijd sprake van maatwerk: instellingen kunnen afwijken van deze voorwaarde afhankelijk van hun risico-inschatting. Op isolatie/quarantaine-afdelingen is bezoek niet mogelijk.	De ggz-partijen (vertegenwoordigers van patiënten en naasten, professionals en zorgaanbieders) hebben richtlijn 'GGZ en corona' opgesteld met handvatten waarop bezoek aan patiënten in instellingen mogelijk is (getoetst door RIVM, versie 1, **27-3-20**). De laatste versie richtlijn (versie 4, **1-5-20**) is op het onderdeel bezoek verruimd: - Wanneer instelling besluit dat afdeling geen bezoek kan ontvangen, kan regiebehandelaar, in het licht van (ongewenste) individuele gevolgen voor patiënt, zoeken naar passende oplossing voor ontvangen van bezoek. - Voor dringende gevallen gelden specifieke regels, bijv. bij urgent bezoek van advocaat. Beslissing voor maken van uitzondering ligt bij regiebehandelaar.	Voorstel: **per 1 mei** is het voor cliënten op afdelingen die zijn gesloten als gevolg van corona op individuele gronden en op last van de regiebehandelaar mogelijk om bezoek te ontvangen. Voorstel: **per 15 mei** worden ggz-instellingen vanuit sector breder ondersteund om verruiming bezoek en differentiatie behandelmogelijkheden (incl. face to face) beter mogelijk te maken). Partijen (incl. cliënten- en naastenorganisatie MIND)in de ggz ontwikkelen een gezamenlijk standpunt om het veld (instellingen en professionals) op te roepen gebruik te maken van de mogelijkheden om bezoek toe te staan. Standpunt wordt op dit moment geformuleerd. **Voorstel: datum volgt** Voorstel: **per 19 mei** wordt bezoek aan cliënten in instellingen ruimhartig toegestaan, met in achtneming van actuele coronamaatregelen en afhankelijk van maatwerk voor lokale omstandigheden. De onderbouwing hiervoor ligt in versie 5.0 van de richtlijn die Akwa GGZ uitbrengt na consultatie ggz-partijen: - Voorliggende onderdeel revisie richtlijn is: "Het is belangrijk bezoek weer ruimhartiger toe te staan daar waar dat verantwoord kan binnen de kaders van deze richtlijn." - uitgangspunt van maximaal één bezoeker per dag voor maximaal één uur wordt geschrapt. Bezoek mogelijk binnen dan geldende algemene kabinetsmaatregelen. - De individuele zorgaanbieder behoudt de

				mogelijkheid af te wijken van de regeling wanneer daartoe aanleiding is (maatwerk).Bijvoorbeeld bij de intramurale ouderenpsychiatrie.
	Behandeling	Richtlijn 'GGZ en corona' voorziet in omschrijving mogelijkheden behandeling in ggz, op basis van richtlijnen (en onderschreven door) RIVM.	- Behandeling is steeds mogelijk geweest. Wel zijn coronamaatregelen toegepast, waardoor belangrijk deel behandeling tijdelijk op afstand (digitaal/telefonisch) is geboden. - Bij medische indicatie is face to face behandelcontact steeds uitgevoerd, met inachtneming van de coronamaatregelen. - Zie: https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/richtlijn/voorkomen-van-besmetting/polikliniekbezoek-vrijgevestigde-praktijk-en-behandeling	Voorstel: per 1 mei zijn verruimde mogelijkheden omschreven om behandeling gedifferentieerd vorm te geven, zowel door e-health als face to face. Voorstel: per 15 mei ervaren cliënten meer ruimte om in overleg met behandelaren te kijken hoe behandeling kan worden voortgezet (face to face, digitaal, combinatie).
6. Beschermd wonen/ Maatschappelijke opvang/ Vrouwenopvang	Bezoek ontvangen	Geen bezoekersstop. Wel in praktijk aantal beperkingen opgelegd om doelgroep te beschermen	Valente/GGZnl: bezoekersrichtlijn opgesteld (23/3) over maatwerk. Uitgangspunt is 1 persoon, 1 uur per dag, tenzij er omstandigheden zijn waardoor afdeling andere afwegingen maakt. Geen bezoek bij klachten.	Maatwerk blijft gelden. Bezoekersrichtlijn blijft intact omdat in- en uitstroom van personen in de instellingen moeten blijven ingeperkt. Bezoekersrichtlijn hoeft niet worden te verruimd omdat uitgangspunt maatwerk is. Per **30 mei** bezoek mogelijk binnen dan geldende algemene kabinetsmaatregelen (maatwerk per instelling blijft mogelijk in geval van cliënten of bezoekers met (verdenking van) corona-klachten).
	Mogelijkheid zelf BW te verlaten	Geen beperking. Algemene kabinetsmaatregel: vermijd drukte	Geen	Geen
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding om aan te geven wat mag en kan (16/04) en verlengt tot eind mei. VWS: Aanpassing richtlijn met verruiming testen en PBM voor medewerkers.	Vanaf 30 mei moet **100% van de mensen** weer een vorm van dagbesteding krijgen. Met inachtneming van de 1,5 m, in vaste kleine groepen en met inachtneming van de algemene hygiëne adviezen van het RIVM. Door deze maatregelen kan het zijn dat niet iedereen tegelijk fysiek kan deelnemen aan

				dagbesteding. Fysiek deelnemen kan dan door bij voorbeeld in deelgroepen of dagdelen te werken. Dit geldt voor zowel specifieke dagbestedingslocaties als publieke voorzieningen (buurthuizen). Als men niet fysiek kan deelnemen wordt een alternatieve vorm van dagbesteding aangeboden. Vanaf **1 augustus** 100% weer fysiek open.
	(Ambulante) Begeleiding	Geen beperking. **In praktijk:** Afgeschaald en/of digitaal georganiseerd.	GGZ-NL: Handreiking Hervatten reguliere ggz	per 19 mei**:** Face-to-face contact in behandeling en begeleiding wordt zoveel mogelijk hervat met inachtneming van de algemene richtlijnen RIVM
7. Jeugd residentieel alle vormen (open of gesloten instelling, pleeggezin, gezinshuis of anderszins)	Dagbesteding	**Geen beperking**, indien bewoner niet ziek is. **In de praktijk:** Veelal aangepaste/beperkte dagbesteding op de woonlocatie	VWS: advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Analoog aan aanpak onderwijs: Per **11 mei** dagbesteding voor kinderen tot en met 12 jaar weer openstellen. Per **30 mei** dagbesteding voor kinderen vanaf 13 jaar weer openstellen
	Behandeling/ begeleiding	**Geen beperking**, indien bewoner niet ziek is. **In de praktijk:** Veelal aangepast (online/telefonisch)	VWS: advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Per **25 mei** beperking voor alle jeugd tot 18 opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen
	Bezoek in de instelling	Beperkt bezoek van cruciale personen: 1 bezoeker per dag, maximaal 1 uur, verder maatwerk	VWS: Richtlijn bezoek instellingen en vertaling kaders in advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Per **25 mei** beperking bezoek voor alle jeugd tot 18 jaar opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen
	Bezoek jeugdige aan huis	**Geen beperking**, indien bewoner niet ziek is. In de praktijk: Veelal beperkt/aangepast (online/ telefonisch)	VWS: advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Per **25 mei** beperking voor alle jeugd tot 18 jaar opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen
8. Jeugd thuiswonend	Behandeling/ begeleiding (= ambulant, thuis of op locatie	**Geen beperking**, indien bewoner niet ziek is. **In de praktijk** veelal aangepast (online/telefonisch)	VWS: handreiking dagbesteding, dagopvang en dagbehandeling op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende	Per **25 mei** beperking voor alle jeugd tot 18 jaar opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen

	instelling)		protocollen	
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	OMT advies gevraagd (15/5) VWS: advies op NJi.nl Brancheorganisaties: aanvullende protocollen vergelijkbaar met protocol speciaal primair onderwijs	Analoog aan aanpak onderwijs: Per **11 mei** dagbesteding voor kinderen tot en met 12 jaar weer openstellen. Per **30 mei** dagbesteding voor kinderen vanaf 13 jaar weer openstellen
	Vervoer	Vervoer voor jeugd t/m 12 kan op de gebruikelijke wijze plaatsvinden. Voor de groep vanaf 13 jaar komt nog een afspraak	OCW/SZW: OMT advies gevraagd (15/5) richtlijn m.b.t. leerlingenvervoer op Rijksoverheid.nl Brancheorganisaties vervoer: Protocol voor veilig leerlingen- en kinderopvangvervoer	Per **30 mei** verruiming voor jeugd vanaf 13 jaar

ONDERBOUWING ROUTEKAART **Welke verruiming en wanneer?**

1. Kwetsbare ouderen thuis

- Belangrijk is om uit te stralen dat zorg en ondersteuning die tijdelijk afgeschaald was, waar mogelijk weer moet worden opgeschaald.
- Belangrijk dat ouderen weten dat ze mogen vragen om de zorg, ondersteuning die zij nodig hebben en deel mogen nemen aan activiteiten die bijdragen aan de sociale/mentale gezondheid (dit zou mogelijk zijn met verruiming advies 'naar buiten gaan').
- Er zijn richtlijnen, beschermingsmiddelen en testmogelijkheden om dit te faciliteren.
- De continuïteit van financiering van de zorgen ondersteuning is geregeld, er is personeel en capaciteit beschikbaar, er is geen noodzaak voor ouderen om deze ondersteuning of zorg af te zeggen omdat deze veilig kan worden geleverd. Mantelzorgers hebben toegang tot testen en PBM.
- Waar dagbestedingslocaties zijn gesloten, geldt dat deze met inachtneming van de 1,5m regels weer open kunnen. Voor bezoek aan thuiswonende ouderen wordt een nieuw OMT-advies verwacht dat kijkt naar de mogelijkheden voor verruiming.
- De voorstellen zijn nog niet afgestemd. Dit gebeurt de komende dagen.

2. Kwetsbare ouderen in verpleeghuis

Randvoorwaarden:

- Monitoring door ggd-en op virusbesmettingen
- Monitoring door de Academische Werkplaatsen naleving en impact van de bezoekregeling op het welbevinden van bewoners, hun naasten en zorgmedewerkers
- Er is voldoende testcapaciteit beschikbaar
- Er zijn voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen voor de zorgverleners
- De sector heeft een handreiking opgesteld hoe om te gaan met de versoepelde bezoekregeling.

Aan deze randvoorwaarden is voldaan:

- Op 11 mei is voorzichtig gestart met 26 locaties.
- Per 25 mei opschaling naar meer locaties. Ervaringen uit eerste fase zijn hiervoor van belang.
- Per 15 juni gaat de aangepaste bezoekregeling voor alle verpleeghuizen gelden.
- Per 15 juli vervalt de bezoekregeling en dus de beperkingen zoals die nu gelden.

Onderbouwing data: op dit moment is het aantal nieuwe locaties met een besmetting afgevlakt en is er een afname van het aantal nieuwe meldingen en verdenkingen. Daarom kan worden gestart. Vervolgens wordt steeds enkele weken ervaring opgedaan met de bezoekregeling, die gemonitord wordt. Dit is steeds input voor besluit over de volgende fase.

3. Mensen met een beperking thuis

Ad 1. . Bezoek thuis

- De verruiming voor ouderen wordt gelijkgetrokken voor andere kwetsbare groepen van mensen met een beperking. De mate van kwetsbaarheid voor ernstig beloop is voor beide groepen immers hetzelfde. Ook voor mensen met een beperking met beperkte zelfredzaamheid is bezoek van groot belang.
- De uitkomst van het nieuwe OMT-advies kan leiden tot verdere verruiming bezoek aan huis.
- Voornemen is om aan het RIVM (of andere experts, als dat passender is) een vraag te stellen over de noodzaak om de lijst met kwetsbare groepen uit te breiden met mensen met een contra-indicatie voor IC-opname, bijvoorbeeld in verband met spierzwakte door rolstoelgebondenheid.

Ad 2. Dagbesteding

- Vanaf 1 juni zal er voor iedere cliënt weer een goede invulling van dagbesteding zijn.
- De veldpartijen hebben afgesproken een handreiking op te stellen voor zorgaanbieders om hen te helpen deze afspraken in de praktijk te realiseren. Daarin wordt onder meer

uitgewerkt op welke manier de driehoek (cliënt, naaste en zorgverlener) wordt betrokken bij de toepassing van de handreiking in de praktijk en wordt aandacht besteed aan de groepen voor wie de dagbesteding met voorrang moet worden opgestart.

Ad 3. Vervoer

- Per 1 juni vervoer per taxi weer opgestart met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen goede optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt. Het opgestelde protocol zal naar aanleiding hiervan worden aangepast.
- Het dragen van een niet-medisch mondkapje is een wens van de vervoerders. Onderbouwing daarbij is dat dit in lijn is met de verplichting in het OV. Ook bij doelgroepenvervoer kan geen 1,5 meter afstand worden gehouden. Niet tussen passagier en chauffeur, maar ook niet tussen passagiers onderling.
- Sommige doelgroepen, dat kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij mensen met een ernstig verstandelijke beperking, is het dragen van een mondkapje geen goede optie. Voor die groepen wordt een alternatief uitgewerkt, bijvoorbeeld het solo vervoeren van deze passagiers. Voor zover nodig wordt uitgewerkt wat dit betekent voor de inzet van materiaal en personeel en welke financiële consequenties dat eventueel heeft.

- Per 1 juni herstarten bovenregionaal Valysvervoer met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen goede optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt. De gesprekken hierover zijn in voorbereiding.

4. Mensen met een beperking in instellingen

Gelet op de nieuwe fase die we als samenleving ingaan en het beperkte aantal besmettingen in de gehandicaptensector. Daarom kan er worden gestart met het versoepelen van de maatregelen. De routekaart is gericht op wat er wel kan in coronatijd; de versoepeling van de bezoekregeling én het openstellen van de dagbesteding.

- Betrokken veldpartijen hebben een handreiking opgesteld om de versoepeling van de maatregelen op een goede manier te organiseren.
  - Per 25 mei 2020: De bezoekregeling in de gehandicaptenzorg wordt versoepeld en dagbesteding wordt opgestart volgens een handreiking die vanaf deze datum kan worden uitgevoerd. Samen met de betrokken veldpartijen is een tijdspad uitgewerkt met uiterste data voor het versoepelen van de maatregelen voor mensen met een beperking die in een instelling wonen of vanuit de thuissituatie dagbesteding ontvangen. Dit vindt gecontroleerd in een aantal fasen plaats:

  - Per 1 juni 2020: Er is voor iedere cliënt, zowel degenen die in instellingen wonen als degenen die thuis of in een kleinschalig wooninitiatief wonen, op een goede manier invulling gegeven aan dagbesteding. In een aantal gevallen zal dat nog niet op de oude locatie te realiseren zijn. Betrokken veldpartijen hebben een handreiking opgesteld om dit op een goede manier te organiseren.
  - Per 15 juni 2020: Er is voor iedere cliënt op een goede manier invulling gegeven aan het ontvangen van bezoek. Op alle locaties is dus een vorm van bezoek mogelijk.
  - Per 1 juli 2020: Er is met iedere cliënt een passende afspraak gemaakt over logeren buiten de instelling.

5. GGZ-patiënten in instellingen

- De ggz-partijen (cliënten-/naastenperspectief, professionals, zorgaanbieders) hebben een richtlijn 'GGZ en corona' opgesteld, deze is onderschreven door het RIVM.
- Genoemde richtlijn werkt binnen de kaders die het RIVM in algemene richtlijnen stelt m.b.t. zorg buiten het ziekenhuis en testbeleid.

- Richtlijn gaat ook in op bezoek binnen intramurale ggz: geen algemene bezoekbeperking, wel beperkingen op grond van corona-maatregelen van overheidswege.
- Op instellingsniveau is maatwerk toegepast, bijvoorbeeld voor intramurale ouderenpsychiatrie en forensische zorg.
- Ggz-partijen vormen een werkgroep waarbij iedere twee weken de richtlijn wordt gereviseerd op basis van overheidsrichtlijnen en voortschrijdend inzicht. Dit proces staat onder regie van kwaliteitsstatuut Akwa.
- Ggz-partijen stemmen af onder regie van VWS in wekelijks overstijgend overleg ggz&corona.
- Op 15-5-2020 brengt GG NL een handreiking uit voor ggz-instellingen inzake hervatting reguliere zorg ggz-instellingen. Deze handreiking faciliteert het ontvangen van bezoek door adviezen aangaande looproutes, inrichting van ruimtes etc.
- Mede ondersteunend hieraan: Partijen in de ggz ontwikkelen een gezamenlijk standpunt om het veld (instellingen en professionals) op te roepen gebruik te maken van de mogelijkheden om bezoek toe te staan. Standpunt wordt op dit moment geformuleerd. Realisatie zsm.
- De onderbouwing voor verdere verruiming bezoekregeling maakt deel uit van versie 5.0 van de richtlijn die Akwa GGZ uitbrengt na consultatie ggz-partijen, voorliggende onderdeel revisie richtlijn is: "Het is belangrijk bezoek weer ruimhartiger toe te staan daar waar dat verantwoord kan binnen de kaders van deze richtlijn."
- De individuele zorgaanbieder behoudt de mogelijkheid af te wijken van de regeling wanneer daartoe aanleiding is (maatwerk).

6. Beschermd wonen/ Maatschappelijke opvang/ Vrouwenopvang

- Belangrijk is om uit te stralen dat zorg en ondersteuning die tijdelijk afgeschaald was, waar mogelijk weer moet worden opgeschaald
- Bezoek is per 1 juni weer mogelijk omdat voor mensen in beschermd wonen/vrouwenopvang/maatschappelijke opvang over het algemeen geen verhoogd gezondheidsrisico hebben. Er zijn echter wel afdelingen waar het moeilijk is om de 1,5 meter afstand te houden i.v.m. ruimtegebrek of i.v.m. psychische problematiek. In dat geval moet de instelling op basis van maatwerk kunnen besluiten dat bezoek moet worden beperkt. Daarom blijft de bezoekersrichtlijn van GGZ Nl en Valente gelden.
- In de nachtopvang van de maatschappelijke opvang komt over het algemeen geen bezoek. Er zijn echter ook veel maatschappelijke opvang locaties met 1 en 2 persoonskamers waar wel bezoek komt en waar ook veel begeleiding komt, dus deze doelgroep moet hier ook in op worden genomen.
- Dagbesteding kan zoveel mogelijk open voor de mensen die geen gezondheidsrisico lopen, met inachtneming van de algemene maatregelen.

7. Jeugd residentieel alle vormen (open of gesloten instelling, pleeggezin, gezinshuis of anderszins)

8. Jeugd thuiswonend

- Bezoek en behandeling **per direct** in de praktijk te versoepelen (met inachtneming RIVM richtlijnen)
- Per **11 mei** (= feitelijk ook **per direct**) dagbesteding voor kinderen tot en met 12 jaar weer openstellen.
- Per **1 juni** dagbesteding voor kinderen vanaf 13 weer openstellen

Toelichting

- Kinderen en jongeren behoren, ook bij onderliggende medische problematiek, tot een laag-risicogroep. Voor situaties die enige gelijkenis vertonen met de situatie in het onderwijs, te weten dagbesteding en vervoer, stellen we voor om de aanpak zoals gehanteerd in het onderwijs te volgen, om zo voor alle kinderen en jongeren in Nederland dezelfde logica te hanteren.
- Momenteel wordt in de 1,5 meter regels onderscheid gemaakt tussen kinderen t/m 12 jaar en jongeren van 13 jaar en ouder. Dit geeft in de praktijk veel complicaties vanwege gemengde leeftijdsgroepen en voor jongeren die fysieke nabijheid nodig hebben /niet in staat zijn 1,5 meter regel na te leven.

Besluitvorming:

- Over de verruiming is nog afstemming nodig in stuurgroep zorg voor jeugd (14 mei)
- De precieze uitwerking dient nog vorm te krijgen in afstemming met OCW en in lijn met de door OMT/RIVM uit te brengen adviezen.
- Voor alle in deze routekaart opgenomen onderdelen gelden onverkort de RIVM-hygiëneregels en -richtlijnen m.b.t. 1,5 meter afstand houden. Er is advies bij RIVM/OMT gevraagd over mogelijkheid van opheffen van de 1,5 meter regel voor jongeren van 13 tot en met 18 in de zorg en over vervoer van jongeren van 13 tot en met 18 jaar. Totdat dit advies er ligt blijven de huidige afstandsregels gelden.

287137

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 030 274 91 11
info@rivm.nl

Serologie in Nederland

Nota om tot een besluit te komen over de rol van de overheid bij inzet van serologie voor andere doeleinden dan vastgesteld door de Taskforce serologie.

Toepassing op advies van taskforce serologie
De volgende toepassingen van serologie zijn geadviseerd door de Taskforce serologie en uitgedragen door VWS:

- Diagnostiek ten behoeve van zorg en maatregelen voor de individuele patiënt wanneer moleculaire diagnostiek niet voldoende is.
- Onderzoek naar het verloop van de epidemie in de populatie.

De nationale voorraad Wantai testen is hiervoor beschikbaar en lijkt vooralsnog toereikend. De taskforce serologie signaleert echter een toenemende behoefte aan serologie bepalingen voor patiëntenzorg omdat naast vanuit de ziekenhuizen ook vanuit de huisartsen en verpleegtehuizen deze diagnostiek aanvragen. Hiervoor dient voldoende serologie beschikbaar te zijn.

Maatschappelijke behoefte aan andere toepassingen van serologie in Nederland
De taskforce serologie signaleert een toenemende behoefte aan het serologisch testen om te voorzien in de behoefte van "weten of men een infectie heeft doorgemaakt". Diverse laboratoria bieden deze testen aan en dit aanbod zal naar verwachting in de zeer nabije toekomst snel toenemen.
Binnen de Taskforce speelt de discussie of serologie als onderdeel van het nationaal testbeleid, en dus ondersteund door de overheid, ingezet moet worden om te voorzien in de maatschappelijke behoefte. Met name de behoefte onder zorgmedewerkers wordt erkend. De discussie over breed testen van zorgmedewerkers wordt in de taskforce gevoerd. Daarnaast worden eventuele ethische, psychische, en gedragsaspecten van een dergelijke inzet van serologie gezien maar advisering hierover valt buiten expertise terrein Taskforce.

Beslispunt voor VWS
Opties:

1. Maatschappelijke behoefte wordt uitdrukkelijk onderdeel van het nationale testbeleid hetgeen inhoud dat de overheid een taak heeft in het borgen van voldoende beschikbaarheid van betrouwbare serologie (los van de vraag hoe dit in te richten).
2. Maatschappelijke behoefte is geen onderdeel van nationale testbeleid en wordt aan de vrije markt overgelaten.

Overwegingen

- Omdat de keuze voor optie 1 een aanpassing zou zijn van het testbeleid zou overwogen kunnen worden om het OMT te vragen hier een advies over te geven.

- De relatie tussen antistoffen, mate en duur van bescherming tegen herinfectie en besmettelijkheid is niet bekend.
  - **Maar waars wel een aantal maanden – hoge titer, waars beschermd**
  - **Misschien besmettelijk – onderzoeken**
  - **Proeftuintje of risico het waard is.**
  - **Dit weten we waars pas zeker als crisis voorbij is**
- Omdat de mate en duur van bescherming bij een serologische respons nog onbekend zijn, zijn deze data vooralsnog niet bruikbaar om persoonsgebonden maatregelen te nemen.
- Een serologische respons ontwikkelt zich pas na enkele dagen tot weken waardoor serologische data niet gebruikt kunnen worden voor transmissie onderzoek om verspreiding van het virus te voorkomen.
- De ethische en psychische aspecten van serologische testen en mogelijke effecten op welzijn en (risico)gedrag van mensen zijn onbekend.
- De Nederlandse laboratoria vertegenwoordigen een professioneel netwerk dat in goed overleg met aanbieders van testen en via onderlinge uitwisseling van data in staat is om in de huidige markt efficiënt goede diagnostiek van verschillende aanbieders te implementeren.
- Het aanbod en de verkrijgbaarheid van serologische testen op de snel veranderende internationale markt zal gemonitord moeten worden. Dit zal belegd moeten worden bij partijen met expertise op dit gebied.
- De Taskforce serologie zal internationale initiatieven voor grootschalige inzet van serologie in de bevolking in de gaten houden en hierover rapporteren aan de LCT.
- Hoe groot de behoefte is aan "weten of men een infectie heeft doorgemaakt" is onbekend. Er is behoefte aan een inschatting van de maatschappelijke vraag naar testen. De infectieradar van het RIVM biedt mogelijk enig inzicht in deze vraag.
- Signaal vanuit het microbiologische veld: het ter beschikking stellen van Wantai testen onder de marktprijs uit de nationale voorraad om te voorzien in een maatschappelijke behoefte werkt mogelijk marktverstorend.
- Signaal vanuit het microbiologische veld: er lijkt op dit moment een goed functionerende markt te zijn waarmee serologie dus ook overgelaten kan worden aan de markt. Dit houdt in dat ook de serologie ten behoeve van patiëntenzorg overgelaten kan worden aan de markt, zoals in de praktijk nu ook al het geval is.

Implicaties van het besluit

Indien optie 1 wordt gekozen: maatschappelijke behoefte aan serologie wordt onderdeel van het testbeleid.

- De logistieke poot van de Taskforce (die naast de inhoudelijke taskforce opereert) zou versterkt moeten worden en de rol krijgen om de logistiek rondom serologische testen te coördineren en faciliteren. Bij versterking zou gedacht kunnen worden aan inkopers, logistieke experts en vertegenwoordigers van leveranciers.

- De inhoudelijke taskforce zou dan omgevormd moeten worden om ook over de maatschappelijke behoefte te adviseren door toevoeging van bijvoorbeeld ethici, gedragswetenschappers, psychologen en diverse stakeholders.

Optie 2 wordt gekozen: maatschappelijke behoefte wordt geen onderdeel van het testbeleid

Er moet besloten worden wat te doen met de voorraad Wantai testen nadat uitgeleverd is voor de aanvragen voor onderzoek, waaronder onderzoek Sanquin/Pienter-corona. Hierbij kan gedacht worden aan het terugverkopen van de nationale voorraad aan Sanbio. Daarnaast kan overwogen worden om een deel van de voorraad in reserve te houden voor toepassing bij bron- en contactonderzoek, zoals eerder geopperd werd tijdens de LCT. Het lijkt niet wenselijk om Wantai testen uit de nationale voorraad ter beschikking te stellen onder de marktprijs om te voorzien in een maatschappelijke behoefte. Dit werkt mogelijk marktverstorend.

287138

ROUTEKAART VOOR VEILIGE EN PASSENDE ZORG EN ONDERSTEUNING VOOR MENSEN MET EEN KWETSBARE GEZONDHEID

Doelgroep	Onderwerp	Welke beperking geldt? Welke beperking zien we in praktijk?	Wie heeft welke acties ondernomen?	Welke verruiming en wanneer?
1. Kwetsbare ouderen thuis	Bezoek thuis ontvangen	Geen bezoek, m.u.v. mensen die sociaal geïsoleerd raken	VWS: OMT advies gevraagd over verruiming bezoek (08/05)	Per **1 juni** bezoek ontvangen mogelijk mits zonder klachten en binnen RIVM richtlijnen en hygiënevoorschriften van RIVM, 1,5 meter afstand (ovb OMT advies)
	Huishoudelijke hulp, maaltijd-ondersteuning,	Geen beperking Ingeval cliënt besmet: hh wordt gestopt. Professionele hulp neemt over. **In praktijk:** In begin van crisis is veel ondersteuning afgeschaald.	VWS: Richtlijnen huishoudelijke hulp om aan te geven wat mag en kan 16/04)	Verlenging van richtlijnen **na 19 mei** – met heldere boodschap Vanaf **6 mei** testen hh mogelijk Vanaf **19 mei** PBM (reserve pakketje) beschikbaar voor elke hh medewerker
	Wijkverpleging	Geen	RIVM: Richtlijn PBM en testbeleid V&VN/vakbonden: uitwerking situaties waarin beredeneerd afgeweken kan worden van Richtlijn	Continuering van Richtlijn PBM en testbeleid
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding om aan te geven wat mag en kan (16/04) en verlengt tot eind mei. VWS: Richtlijn aangepast – open tenzij (met comply and explain) (14/05)	Vanaf **1 juni** moet **100% van de mensen** weer een vorm van dagbesteding krijgen. Met inachtneming van de 1,5 m, in vaste kleine groepen en met inachtneming van de algemene hygiëne adviezen van het RIVM. Door deze maatregelen kan het zijn dat niet iedereen tegelijk fysiek kan deelnemen aan dagbesteding. Fysiek deelnemen kan dan door bij voorbeeld in deelgroepen of dagdelen te werken. Dit geldt voor zowel specifieke dagbestedingslocaties als publieke voorzieningen (buurthuizen). Als men niet fysiek kan deelnemen wordt een alternatieve vorm van dagbesteding aangeboden.
	Mantelzorg	Geen beperking, alleen bij cliënt met COVID 19 waar mogelijk uitstel of vervangende	VWS: Richtlijn mantelzorg om aan te geven wat mag en kan (16/04)	Per **19 mei** geen bijzonderheden ikv corona meer te regelen voor mantelzorgers (test-beleid en PBM gereed).

		professionele zorg regelen	Richtlijn aangepast met testbeleid mantelzorgers per 6 mei en PBM vanaf 19 mei (14/05)	
	Vervoer (bijv naar dagbesteding)	RIVM-richtlijnen gelden: groepsvervoer in veel gevallen niet mogelijk.	VWS: In Richtlijn dagbesteding passage vervoer opgenomen met wat kan en mag (16/04) Kabinet: in OV is het dragen van (niet medische) mondkapjes verplicht per 01/06	Per **1 juni** vervoer per taxi weer opgestart met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt. Per **1 juni** herstarten bovenregionaal Valysvervoer met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt.
2. Kwetsbare ouderen in verpleeghuis	Bezoek in verpleeghuizen ontvangen	Geen bezoek. Er zijn 2 uitzonderingen: 1. Mensen in de palliatieve fase 2. Structurele vrijwilligers Op 26 locaties versoepeling bezoekregeling. Dan geldt één vaste bezoeker per bewoner.	VWS: OMT advies over de randvoorwaarden voor versoepeling bezoekregeling (04/05). Veldpartijen: evt. aanpassing handreiking (15/07)	Per **11 mei**: 26 verpleeghuislocaties gaan ervaring opdoen met aangepaste bezoekregeling. Beperkt bezoek: één vaste bezoeker per bewoner. Er is door de betrokken veldpartijen een handreiking opgesteld. Per **25 mei**: Opschaling naar meer locaties. Dat wil zeggen: als een zorgaanbieder aan alle eisen kan voldoen, kan nieuwe bezoekregeling toegepast worden. Zorgaanbieder meldt dit bij de GGD. Per **15 juni:** Versoepelde bezoekregeling gaat gelden voor alle verpleeghuizen. Dat wil zeggen: in beginsel op alle locaties bezoek mogelijk, op de huidige wijze (1 vaste persoon per bewoner, enz). Uiteraard kan bezoek worden geweerd indien nodig. Per **15 juli**: De huidige bezoekregeling wordt verder verruimd. Daarmee vervallen ook de beperkingen in de huidige bezoekregeling: meer bezoekers per bewoners mogelijk.
	Mantelzorg	?	?	?

3.Mensen met een beperking thuis	Ontvangen bezoek thuis	Advies voor ouderen en anderen met een kwetsbare gezondheid: geen bezoek.	VWS: OMT advies gevraagd over verruiming bezoek (08/05) NB. OMT advies gaat niet expliciet over andere kwetsbare groepen dan ouderen. VWS: OMT advies bezoek aan mensen met kwetsbare gezondheid over noodzaak aanvullende maatregelen bij bezoek (waarschijnlijk 15/05)	De verruiming voor ouderen wordt gelijk getrokken voor andere kwetsbare groepen. Per **1 juni** bezoek ontvangen mogelijk mits zonder klachten en binnen RIVM richtlijnen en hygiënevoorschriften van RIVM, 1,5 meter afstand (ovb OMT advies)
	Mantelzorg	Geen beperking, alleen bij cliënt met COVID 19 waar mogelijk uitstel of vervangende professionele zorg regelen	VWS: Richtlijn mantelzorg om aan te geven wat mag en kan (16/04) Richtlijn aangepast met testbeleid mantelzorgers per 6 mei en PBM vanaf 19 mei (14/05)	Per **19 mei** geen bijzonderheden ikv corona meer te regelen voor mantelzorgers (test-beleid en PBM gereed).
	Huishoudelijke hulp, maaltijd-ondersteuning,	Geen beperking Ingeval cliënt besmet: hh wordt gestopt. Professionele hulp neemt over. **In praktijk:** In begin van crisis is veel ondersteuning afgeschaald.	VWS: Richtlijnen huishoudelijke hulp om aan te geven wat mag en kan 16/04)	Verlenging van richtlijnen **na 19 mei** – met heldere boodschap Vanaf **6 mei** testen hh mogelijk Vanaf **19 mei** PBM (reserve pakketje) beschikbaar voor elke hh medewerker
	Wijkverpleging	Geen	RIVM: Richtlijn PBM en testbeleid V&VN/vakbonden: uitwerking situaties waarin beredeneerd afgeweken kan worden van Richtlijn	Continuering van Richtlijn PBM en testbeleid
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding kwetsbare mensen ook geldig voor mensen met een beperking (16/04)	**Per 1 juni** voor iedere cliënt een goede invulling van dagbesteding. De koepels stellen een nadere handreiking op met de uitgangspunten voor de invulling van de dagbesteding.
	Vervoer	RIVM-richtlijnen gelden: groepsvervoer in veel gevallen niet mogelijk.	VWS: In Richtlijn dagbesteding passage vervoer opgenomen met wat kan en mag (16/04) VWS, ZN en KNV: Er zijn twee	Per **1 juni** vervoer per taxi weer opgestart met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is wordt een

287138

		Bovenregionaal Valys-vervoer is stilgelegd, behalve voor prioritaire ritten.	protocollen opgesteld voor veilig en verantwoord taxivervoer voor mensen met en zonder COVID-achtige klachten. VWS: Afspraken hervatting bovenregionaal Valysvervoer zijn in voorbereiding.	alternatieve invulling uitgewerkt. Het opgestelde protocol zal naar aanleiding hiervan worden aangepast. Per **1 juni** herstarten bovenregionaal Valysvervoer met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Voor passagiers voor wie het dragen van een mondkapje geen reële optie is wordt een alternatieve invulling uitgewerkt.
4. Mensen met een beperking in instellingen	Bezoek in instelling	Nee, tenzij regeling (Afwegingskader VGN): geen bezoek, tenzij bezoeker belangrijke rol speelt bij dagelijkse zorg en ondersteuning. Wordt verschillend toegepast. Beperkt tot bezoek van cruciale personen.	VWS: richtlijn op Rijksoverheid.nl en uitwerking van afwegingskader door VGN Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	**Vanaf 25 mei** zal de bezoekregeling veranderen naar "Ja, mits". Bezoek is toegestaan, mits de gestelde maatregelen van het RIVM in acht genomen worden. Zorgaanbieders zullen aan de hand van de opgestelde handleiding hun organisatie voorbereiden om bezoek weer toe te kunnen laten. **Per 15 juni** is er voor iedereen met een beperking woonachtig in een zorginstelling een goede manier invulling gegeven aan het ontvangen van bezoek.
	Dagbesteding	Geen expliciete afspraken over. Veel dagbesteding wordt op dit moment op de woning gegeven.	Richtlijn dagbesteding	**Per 1 juni** is er voor iedereen met een beperking woonachtig in een zorginstelling een passende vorm van dagbesteding georganiseerd.
	Verlof voor cliënten die thuis willen logeren	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	**Per 1 juli** is met iedere cliënt woonachtig in een instelling passende afspraken gemaakt over logeren buiten de instelling.
5. GGZ patiënten in instellingen	Bezoek in instelling	Geen algehele bezoekersstop in de ggz, gezien grote mentale risico's bij isolatie. Uitgangspunt voor bezoekregeling: 'ja tenzij/mits'. -Stelregel: maximaal één bezoeker per dag, maximaal één uur. -Naast binnenshuis bezoek	De ggz-partijen (vertegenwoordigers van patiënten en naasten, professionals en zorgaanbieders) hebben richtlijn 'GGZ en corona' opgesteld met handvatten waarop bezoek aan patiënten in instellingen mogelijk is (getoetst door RIVM, versie 1, **27-3-20**). De laatste versie richtlijn (versie 4, **1-5-20**) is op het onderdeel bezoek	**per 1 mei** is het voor cliënten op afdelingen die zijn gesloten als gevolg van corona op individuele gronden en op last van de regiebehandelaar mogelijk om bezoek te ontvangen. **Op 15 mei** publiceerde GGZ Nederland voor haar leden een aanvullende handreiking, die praktische handvatten geeft in het vormgeven van het 'nieuwe normaal' voor

		ontvangen, is ook bezoek ontvangen in de buitenlucht toegepast (wandelen). -Er is altijd sprake van maatwerk: instellingen kunnen afwijken van deze voorwaarde afhankelijk van hun risico-inschatting. Op isolatie/quarantaine-afdelingen is bezoek niet mogelijk.	verruimd: - Wanneer instelling besluit dat afdeling geen bezoek kan ontvangen, kan regiebehandelaar, in het licht van (ongewenste) individuele gevolgen voor patiënt, zoeken naar passende oplossing voor ontvangen van bezoek. - Voor dringende gevallen gelden specifieke regels, bijv. bij urgent bezoek van advocaat. Beslissing voor maken van uitzondering ligt bij regiebehandelaar.	behandelen, verblijf en werken in ggz-instellingen. **Per 19 mei** roept de richtlijn ertoe op dat bezoek aan cliënten in instellingen ruimhartiger wordt toegestaan, met in achtneming van actuele coronamaatregelen en afhankelijk van maatwerk voor lokale omstandigheden. De onderbouwing hiervoor ligt in versie 5.0 van de richtlijn die Akwa GGZ uitbrengt na consultatie ggz-partijen: - Voorliggende onderdeel revisie richtlijn is: "Het is belangrijk bezoek weer ruimhartiger toe te staan daar waar dat verantwoord kan binnen de kaders van deze richtlijn." - uitgangspunt van maximaal één bezoeker per dag voor maximaal één uur wordt geschrapt. Bezoek mogelijk binnen dan geldende algemene kabinetsmaatregelen. - De individuele zorgaanbieder behoudt de mogelijkheid af te wijken van de regeling wanneer daartoe aanleiding is (maatwerk). Bijvoorbeeld bij de intramurale ouderenpsychiatrie.
	Behandeling	Richtlijn 'GGZ en corona' voorziet in omschrijving mogelijkheden behandeling in ggz, op basis van richtlijnen (en onderschreven door) RIVM.	- Behandeling (ook face to face) is steeds mogelijk geweest. Wel zijn coronamaatregelen toegepast, waardoor belangrijk deel behandeling tijdelijk op afstand (digitaal/telefonisch) is geboden. - Bij medische indicatie is face to face behandelcontact steeds uitgevoerd, met inachtneming van de coronamaatregelen. - Zie: https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/ggz-en-corona-richtlijn/richtlijn/voorkomen-van-besmetting/polikliniekbezoek-vrijgevestigde-praktijk-en-behandeling	De per 1 mei gepubliceerde richtlijn-versie omschrijft uitgebreider de verruimde mogelijkheden om behandeling gedifferentieerd vorm te geven, zowel de mogelijkheden van e-health als van face to face.
6. Beschermd wonen/ Maatschappelijke opvang/	Bezoek ontvangen	Geen bezoekersstop. Wel in praktijk aantal beperkingen opgelegd om doelgroep te	Valente/GGZnl: bezoekersrichtlijn opgesteld (23/3) over maatwerk. Uitgangspunt is 1 persoon, 1 uur per dag, tenzij er omstandigheden zijn	Maatwerk blijft gelden. Bezoekersrichtlijn blijft intact omdat in- en uitstroom van personen in de instellingen moeten blijven ingeperkt. Bezoekersrichtlijn hoeft niet

Vrouwenopvang		beschermen	waardoor afdeling andere afwegingen maakt. Geen bezoek bij klachten.	worden te verruimd omdat uitgangspunt maatwerk is. Per **1 juni** bezoek mogelijk binnen dan geldende algemene kabinetsmaatregelen (maatwerk per instelling blijft mogelijk in geval van cliënten of bezoekers met (verdenking van) corona-klachten).
	Mogelijkheid zelf BW te verlaten	Geen beperking. Algemene kabinetsmaatregel: vermijd drukte	Geen	Geen
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:** Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald	VWS: Richtlijn dagbesteding om aan te geven wat mag en kan (16/04) en verlengt tot eind mei. VWS: Aanpassing richtlijn met verruiming testen en PBM voor medewerkers.	Vanaf **1 juni** moet **100% van de mensen** weer een vorm van dagbesteding krijgen. Met inachtneming van de 1,5 m, in vaste kleine groepen en met inachtneming van de algemene hygiëne adviezen van het RIVM. Door deze maatregelen kan het zijn dat niet iedereen tegelijk fysiek kan deelnemen aan dagbesteding. Fysiek deelnemen kan dan door bij voorbeeld in deelgroepen of dagdelen te werken. Dit geldt voor zowel specifieke dagbestedingslocaties als publieke voorzieningen (buurthuizen). Als men niet fysiek kan deelnemen wordt een alternatieve vorm van dagbesteding aangeboden.
	(Ambulante) Begeleiding	Geen beperking. **In praktijk:** Afgeschaald en/of digitaal georganiseerd.	GGZ-NL: Handreiking Hervatten reguliere ggz	Per **19 mei:** Face-to-face contact in behandeling en begeleiding wordt zoveel mogelijk hervat met inachtneming van de algemene richtlijnen RIVM. En PBM (reserve pakketje) beschikbaar voor elke MO/BW/VO-medewerker
7. Jeugd residentieel alle vormen in kader Jeugdwet en WLZ (open of gesloten instelling voor jeugdzorg, jeugd-GGZ of (L)VB-zorg, pleeggezin, gezinshuis of	Dagbesteding	**Geen beperking**, indien bewoner geen klachten heeft. **In de praktijk:** Veelal aangepaste/beperkte dagbesteding op de woonlocatie. Sinds de openstelling van het basisonderwijs, het SBO en SO per 11 mei jl. wordt dagbesteding weer opgestart	Beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties en VWS samen met NJi: afwegingskaders en handreikingen op NJi.nl Enkele brancheorganisaties hebben daarnaast aanvullende protocollen/richtlijnen opgesteld.	Voor zover nog niet gebeurd, per **1 juni** dagbesteding voor jeugd t/m 18 jaar weer opstarten
anderszins, ook in	Behandeling/	**Geen beperking**, indien bewoner	Beroeps-, branche- en	Voor zover nog niet gebeurd, per **1 juni**

kader van Jeugdbescherming/ Jeugdreclassering	begeleiding	geen klachten heeft. **In de praktijk:** Maatwerk, indien mogelijk aangepast (online/telefonisch) Sinds de openstelling van het basisonderwijs, het SBO en SO per 11 mei jl. wordt weer opgestart	cliëntenorganisaties en VWS samen met NJi: afwegingskaders en handreikingen op NJi.nl Enkele brancheorganisaties hebben daarnaast aanvullende protocollen/richtlijnen opgesteld.	behandeling/begeleiding voor jeugd t/m 18 jaar weer opstarten
	Bezoek in de instelling	Oorspronkelijk: beperkt bezoek van cruciale personen: 1 bezoeker per dag, maximaal 1 uur, verder maatwerk Bezoek is in de praktijk alweer meer mogelijk. Veel organisaties volgen onderwijs, dus vanaf 11 mei 0-13 jaar. Voor 13+ is het nog wat onduidelijker.	Beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties en VWS samen met NJi:: Richtlijn bezoek instellingen en vertaling kaders in afwegingskader op NJi.nl Enkele brancheorganisaties hebben daarnaast aanvullende protocollen/richtlijnen opgesteld.	Per **25 mei** voor jeugd t/m 18 jaar bezoek door 2 vaste bezoekers (cf. advies OMT)
	Bezoek jeugdige aan huis	**Geen beperking**, indien bewoner geen klachten heeft. In de praktijk: Maatwerk, indien nodig beperkt/aangepast (online/ telefonisch)	Beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties en VWS samen met NJi: afwegingskader op NJi.nl Enkele brancheorganisaties hebben daarnaast aanvullende protocollen/richtlijnen opgesteld.	Per **25 mei** beperking voor alle jeugd t/m 18 jaar opheffen mits gestelde maatregelen van het RIVM in acht worden genomen
8. Jeugd thuiswonend in kader Jeugdwet en WLZ (inclusief JB/JR)	Behandeling/ begeleiding (= ambulante jeugdzorg, jeugd-GGZ of (L)VB-zorg, thuis of op locatie instelling, inclusief dagbehandeling, KDC en MKD)	**Geen beperking**, indien bewoner geen klachten heeft. **In de praktijk** veelal aangepast (online/telefonisch) Sinds de openstelling van het basisonderwijs, het SBO en SO per 11 mei jl. wordt weer opgestart	Beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties en VWS samen met NJi: handreiking dagbesteding, dagopvang en dagbehandeling op NJi.nl Enkele brancheorganisaties hebben daarnaast aanvullende protocollen/richtlijnen opgesteld.	Voor zover nog niet gebeurd, per **1 juni** behandeling/begeleiding voor jeugd t/m 18 jaar weer opstarten
	Dagbesteding	Geen grote groepen. **In praktijk:**	OMT-advies gevraagd (15/5) Beroeps-, branche- en cliëntenorganisaties en VWS samen met	Voor zover nog niet gebeurd, per **1 juni** dagbesteding voor jeugd t/m 18 jaar weer opstarten

		Veel tijdelijk dicht of helemaal afgeschaald Sinds de openstelling van het basisonderwijs, het SBO en SO per 11 mei jl. wordt voor kinderen dagbesteding weer opgestart	NJi: handreiking dagbesteding, dagopvang en dagbehandeling op NJi.nl Enkele brancheorganisaties hebben daarnaast aanvullende protocollen/richtlijnen opgesteld, vergelijkbaar met protocol speciaal primair onderwijs	
	Vervoer	Vervoer volgt regeling leerlingenvervoer: Voor jeugd t/m 12 kan op de gebruikelijke wijze plaatsvinden. Voor de groep vanaf 13 jaar komt nog een afspraak.	OCW/SZW: OMT-advies gevraagd (15/5) - richtlijn m.b.t. leerlingenvervoer op Rijksoverheid.nl Brancheorganisaties vervoer: Protocol voor veilig leerlingen- en kinderopvangvervoer	Per **1 juni** verruiming voor jeugd vanaf 13 jaar

Factsheet Persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's)

Inkoop

Het LCH heeft afgelopen zaterdag 11 april jl. laten weten dat zij sinds de start van het LCH substantiële aantallen van producten heeft uitgeleverd aan de ziekenhuizen, huisartsen, ambulances, GGD-en en langdurige zorginstellingen.

Het LCH koopt grote hoeveelheden PBM's in bij 50 betrouwbare leveranciers.

Er zijn naar de stand van vrijdag 15 mei jl. circa 3,5 miljoen FFP maskers en circa 12 mln. chirurgisch mondmaskers op voorraad. Met deze voorraad kan het LCH de vraag aan voor 12 weken als het gaat om FFP maskers en voor 6 weken als het gaat om chirurgische maskers.

Ook zijn er op dit moment bij het LCH voldoende handschoenen, jassen en overige PBM's op voorraad. Wel blijft extra aandacht voor isolatiejassen, schorten en handschoenen.

Vooral de aanvoer en distributie van de grote hoeveelheden bestelde PBM's blijft een uitdaging. Het LCH werkt daarom aan de uitbreiding van de luchtbrug naar Azië en aan diversificatie van transport (zoals meerdere vluchten vanaf meerdere locaties en de inzet van treinen en scheepvaart)

Hergebruik

Het RIVM heeft voor verschillende PBM's (mondmaskers, isolatiejassen/-schorten, brillen) adviezen gegeven hoe hergebruik mogelijk is. Deze adviezen zijn terug te vinden op de website van het RIVM.

Voor FFP2 maskers zijn er geschikte methoden (stoomsterilisatie en waterstofperoxide-gas) gevonden die in veel ziekenhuizen aanwezig is.

Voor isolatiekleding is in overleg met het ministerie van VWS, het RIVM en GGD GHOR Nederland gezocht naar een mogelijkheid om gebruikte isolatiekleding op grote schaal te kunnen steriliseren.

Er is een Nederlands bedrijf die dit op grote schaal toe kan passen en capaciteit beschikbaar heeft.

Samen met drie grote wasserijen in Nederland, die gezamenlijk voor bijna alle ziekenhuizen ook al de was verzorgd, zijn nu afspraken gemaakt om de gebruikte isolatiekleding heen en terug van het ziekenhuis naar dit bedrijf te krijgen.

Met dit proces kunnen 24/7 gebruikte isolatiejassen worden gesteriliseerd

Omdat de logistiek, vanuit ziekenhuizen naar het bedrijf waar de jassen en schorten gesteriliseerd kunnen worden, reeds is opgezet, wordt de caresector geadviseerd hier ook aansluiting op te zoeken. Daarnaast zal er aan de branches een overzicht worden gegeven van beschikbare en geschikte apparatuur voor hergebruik in de regio's. Instellingen in de regio kunnen dan met elkaar afspraken maken over het proces van hergebruik. In sommige regio's lopen al dergelijke initiatieven.

Er zijn daarnaast verschillende instellingen die isolatiekleding gebruiken die meerdere malen te wassen en te zijn hergebruiken.

Brillen kunnen vrij eenvoudig worden hergebruikt door middel van een reiniging en desinfectie.

In overleg met zorginstellingen wordt bezien of het nog nodig en mogelijk is om hergebruik verder op te schalen.

Productie NL

Om de afhankelijkheden van de aanvoer van PBM's vanuit het buitenland te verkleinen, is het opstarten en opschalen van productie in Nederland van groot belang.

In de afgelopen weken heeft de Minister voor Medische Zorg en Sport samen met de Minister van EZK een aantal initiatieven voor de productie van PBM's in NL ondersteund.

De productie van FFP-2 maskers, beschermingsbrillen, spatschermen en beademingsapparatuur door Nederlandse bedrijven is momenteel gaande.

Inmiddels zijn er deze week met drie fabrikanten contracten gesloten voor de productie van chirurgische mondmaskers. Bij volledige productie zal dit ca.3 mln. chirurgische mondkapjes per week opleveren.

Ook andere Europese landen proberen hun productie van PBM's op te bouwen en op te schalen. Op dit moment verkent de Minister voor Medische Zorg mogelijke samenwerking met andere lidstaten, waaronder België.

Mondmaskers

Er zijn twee typen mondmaskers.

Ten eerste de **adembeschermingsmaskers/FFPx.** Deze maskers bevatten een filter dat deeltjes uit de ingeademde lucht filtert. De FFPx maskers worden gebruikt in de zorg, maar ook andere sectoren zoals o.a. rioolwaterzuivering, voedingsmiddelenindustrie, medisch-wetenschappelijk onderzoek, afvalverwerking, enz.. Normaal gesproken worden FFP maskers in de zorg niet zo vaak gebruikt; ze worden bijvoorbeeld ingezet bij patiënten met tuberculose en het Norovirus. Met de uitbraak van het Corona virus is het gebruik en behoefte aan FFP2 maskers in de zorg veel groter. Volgens de richtlijnen van het RIVM, is alleen bij hoogrisicohandelingen waarbij aerosolen vrijkomen in de ziekenhuis- en langdurige zorg FFP2 maskers nodig. Aerosolen zijn besmettelijke kleine deeltjes die vrijkomen bij ingrijpend contact met de luchtwegen en blijven rondzweven. Denk hierbij aan het uitvoeren van een bronchoscopie of het intuberen van een patiënt.

Het tweede type masker zijn de **chirurgische mondneusmaskers.** Deze worden normaal gesproken ook al op grotere schaal gebruikt binnen de ziekenhuizen en de andere zorgsectoren. Deze beschermen tegen druppels en spatten, maar hebben een beperkte filterwerking. Daarnaast beschermen de chirurgische maskers de patiënt tegen overdracht van bacteriën vanuit de zorgverlener. Er zijn 3 verschillende beschermingsniveaus chirurgische mondmaskers. Het OMT adviseert om bij het Coronavirus gebruik te maken van een chirurgisch masker type IIR.

Door het coronavirus ligt het gebruik van zowel de FFP2 maskers als de chirurgische mondneusmaskers in de ziekenhuizen veel hoger. Daarnaast worden deze maskers nu ook in de langdurige zorg gebruikt, waar normaal gesproken veel minder sprake is verzorging van patiënten met gevaarlijke virussen. Door het Coronavirus worden niet alle oudere patiënten opgenomen in het ziekenhuis, zij blijven in verzorgingshuizen of in de thuis omgeving. Ook gebruikt de langdurige zorg nu chirurgische maskers als er verdenking is van corona.
Voor zowel de FFP als chirurgische maskers worden dezelfde grondstoffen en materialen gebruikt. Door de wereldwijde grote vraag naar mondmaskers staat ook de aanvoer van deze grondstoffen onder druk. Dit heeft ook invloed op de net opgestarte productielijnen binnen Nederland.

Gepast gebruik

Het type zorghandeling bepaald welk type mondmasker moet worden gebruikt. Gelet op de manier van transmissie van Covid-19 (druppel/contact) adviseert het OMT dat in situaties waarin Covid-19 patiënten binnen 1,5 meter verzorgt worden, maar geen handelingen verricht worden die aanleiding geven tot aerosolvorming, kan volstaan worden met een chirurgisch masker type IIR. Alleen bij aerosolvormende procedures (de hoogrisicohandelingen) in de ziekenhuis- en langdurige zorg zijn FFP2 maskers nodig.

Gepast gebruik van maskers is belangrijk vanwege de schaarste, maar ook omdat maskers nadelen hebben. Dit betekent dat het gebruik van maskers echt aan specifieke handelingen en specifieke situaties worden gekoppeld. Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen.

FFP2-maskers kunnen slechts voor beperkte tijd gedragen worden. Het dragen ervan is voor zorgmedewerkers intensief. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten om voldoende zuurstof te krijgen. Bij onjuist gebruik kunnen deze FFP2-maskers het risico op besmetting zelfs verhogen.

Inkoop van maskers door LCH

De producten die het LCH inkoopt zijn veelal van leveranciers uit Azië en hebben veelal geen CE-markering. Daarom worden deze producten voordat deze uitgeleverd worden, op meerdere momenten gecontroleerd op kwaliteit. Vooraf aan de aankoop screent het LCH alle leveranciers op een aantal belangrijke criteria zoals betrouwbaarheid, kredietwaardigheid, leverzekerheid (incl. snelheid), volume en prijs. Daarnaast worden voorafgaand aan de inkoop de certificaten van het product opgevraagd. In de fabrieken in Azië wordt daarnaast ook de kwaliteit van de fysieke producten beoordeeld. Bij binnenkomst in het distributiecentrum van het LCH wordt vervolgens de kwaliteit beoordeeld via een onafhankelijke teststraat door het RIVM. Onderdeel hiervan is de beoordeling van de papieren en de certificaten en de beoordeling door een arbeidshygiënist op het vlak van veiligheid en beoogd gebruik. Vervolgens worden de FFP getest op de doorlaatbaarheid van het filter en wordt met gespecialiseerde apparatuur gecontroleerd of de mondmaskers goed aansluiten op het gelaat. De chirurgische maskers worden getest op spatbestendigheid en op korte termijn op de doorlaatbaarheid van bacteriën.

Gedurende deze uitgebreide kwaliteitsprocedures, kan het toch voorkomen dat de mondkapjes afgekeurd worden. Deze mondmaskers voldoen niet aan de gestelde Europese kwaliteitseisen en worden daarom niet verspreid in de zorgsector. Het LCH heeft FFP-2 mondmaskers in opslag die niet volledig voldoen aan de geclaimde prestatie-eisen. Er wordt per batch onderzocht of deze maskers mogelijk wel op een andere manier kunnen worden ingezet (mogelijk buiten de zorg). Er zijn ook al de nodige partijen teruggestuurd naar de leverancier.

Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering, is geen testprocedure nodig. Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten

uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden. (LUMC, Proqares, TUDelft, Kalibra, BSI, Inspec).

Bij bepaalde KN95-maskers moet aangetekend worden dat het niet makkelijk is om de maskers goed aan het gezicht te laten aansluiten, dit is afhankelijk van de vorm van het gezicht. Bij Chinese KN95-maskers (die wel aan de filtereigenschappen voldoen) hoort de algemene instructie om het masker goed op te zetten en te controleren of deze goed aansluit op het gezicht van de gebruiker en eventueel een extra clip te gebruiken om het masker strakker aan te trekken. Indien deze niet goed aansluit wordt geadviseerd om (indien voorradig) een ander masker te kiezen.

Ondanks dat deze procedure niet geheel conform de wettelijke vereisten is, heeft de staatssecretaris van SZW, gelet op de uitzonderlijke situatie, ermee ingestemd dat deze handelwijze wordt gevolgd. De Inspectie SZW gaat bij inspectie tijdelijk uit van de door het RIVM gehanteerde normen en instructies voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.

287140

Afstemmingsoverleg 18 mei

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	18 mei 2020 9:15-10:15
Volgend overleg	19 mei 2020 10:45-11.45
<u>Aanwezigen:</u>	
Hugo de Jonge (MinVWZ)	
Martin van Rijn (MinMZS)	
(10)(2e) (Stas)	
(10)(2e) (SG)	
(10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGCZ)	
(10)(2e) (DGLZ)	
(10)(2e) (IGJ)	
(10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (DCo)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)	

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 18 mei

Proces deze week

- De deadline voor de nieuwe versie van de **Kamerbrief** is vanavond 20.00 uur bij de bewindspersonen. De brief wordt vervolgens morgen in het afstemmingsoverleg besproken.
- DGLZ levert nog teksten voor gehandicapten- en verpleeghuiszorg voor de **speech**.
- dPG werkt met J&V aan de **aanwijzing**, dient vanmiddag klaar te zijn voor het veiligheidsberaad.
- Het **OMT-advies** volgt deze ochtend.
- Bij de **technische briefing** van 20 mei sluiten (10)(2e) en (10)(2e) aan. Vanuit de Kamer is een inventarisatie voor onderwerpen gekomen, waaronder opschaling reguliere zorg. Er wordt daarom nog gekeken of (10)(2e) (NZa) aansluit.
- De beantwoording van de set **Kamervragen** wordt geprobeerd deze week aan de Kamer te sturen. Indien het volgende week wordt, dient de beantwoording geüpdate te worden.

Werkgroep sociale impact coronacrisis

- Intern wordt deze week een plan gemaakt voor deze werkgroep en een afspraak met de leden van de oorspronkelijke werkgroep volgt volgende week.

Toelichting: Deze werkgroep is een vervolg van een werkgroep o.l.v. (10)(2e) die een adviesrapport op dit thema heeft gemaakt. Het wordt een interdepartementale werkgroep van BZK, SZW, OCW, J&V en VWS waarbij zowel op de korte als lange termijn naar de impact wordt gekeken.

Narratief op testen en PBM:

- Het overzicht en de tijdslijn moet nog compleet gemaakt worden. Dit moet volgende week afgerond worden, deze week ligt de focus op de Kamerbrief. Mediavragen komen ook nu al binnen.

Vaccinatiestrategie

- Vanmiddag is overleg over de strategie betreft de productie van vaccinaties, waarbij de planning voor

bespreking in MR ook besproken wordt. Goed om alle drie de bewindspersonen betrokken te houden. Daarnaast is het van belang ook nu vast Financiën mee te nemen.

Toelichting: MVWS heeft afgelopen vrijdag met zijn Duitse collega gesproken over dit onderwerp en daarbij aangegeven graag met Duitsland op te trekken.

Telecomwet

- Proces: De adviesaanvraag aan de Raad van State gaat vandaag uit en er volgt nog een gesprek met MVWS, StasEZK en de AP. De wet wordt vervolgens woensdag in de MR besproken, vrijdag volgt het RvS advies en daarna kan het worden aangeboden aan de Kamer.
- PA MVWS bespreekt met Stas EZK het proces richting de Kamer.

App

- Er wordt een overleg georganiseerd met de bouwers van de app om met elkaar te kijken waar we staan.

Coronawet

- VWS sluit aan bij het veiligheidsberaad vandaag, waarbij de insteek is om bij ieders rol te blijven en de Wpg niet te ondermijnen.
- Volgende week wordt de wet geagendeerd in het afstemmingsoverleg en 29 mei besproken in de MR.

Toelichting: Dit weekend is vanuit het Veiligheidsberaad een brief gestuurd waarin de voorkeur voor het onderbrengen van de tijdelijke wet Covid-19 in de Wet veiligheidsregio's wordt geuit. Dit wordt vandaag in het Veiligheidsberaad verder besproken waarbij ook aandacht is voor een de financiële vergoeding en de bevoegdheden burgemeester vs. de voorzitter van de Veiligheidsregio. De insteek van VWS is om de wet onder te brengen bij de Wpg.

Internationale vergelijkingen

- IZ maakt voor het debat een overzicht van de strategie van andere landen. In verschillende media is al aandacht hiervoor geweest.

Volledig openen van basisonderwijs

- Planning om per 2 juni het basisonderwijs weer volledig te openen, tenzij hier op dat moment contra-indicaties voor zijn. Dit wordt besloten op 29 mei.

Mondkapjes

- In de Kamerbief komt een passage over LCH waarin uitgelegd wordt dat het LCH juist onderdeel is van de oplossing en niet het probleem.
- DGCZ kijkt naar rol LCH bij het testen van mondkapjes. De route is om bij een ziekenhuis in de regio materiaal te laten testen, maar mocht dit niet kunnen dan kan wellicht het LCH dit faciliteren.
- De mondkapjes in het ov leveren nog veel vragen op (minimum eisen/richtlijnen, mondkapjes voor werknemers NS). MMZS bekijkt met I&W (en EZK) de lijn hiervoor zodat die voor het debat duidelijk is.

Dieren

- DGV sluit aan bij een overleg bij LHV over de corona-uitbraak op boerderijen waar nertsen gehouden worden.

287142

Afstemmingsoverleg 18 mei

PROCES

Crisis Coronavirus
Datum, tijdstip en locatie 18 mei 2020 9:15-10:15
Volgend overleg 19 mei 2020 10:45-11.45
Aanwezigen:
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (Stas)
(10)(2e) (SG)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e) (DGLZ)
(10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (PG)
(10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (PA)
(10)(2e) (BPZ)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 18 mei

Proces deze week

- De deadline voor de nieuwe versie van de **Kamerbrief** is vanavond 20.00 uur bij de bewindspersonen. De brief wordt vervolgens morgen in het afstemmingsoverleg besproken.
- DGLZ levert nog teksten voor gehandicapten- en verpleeghuiszorg voor de **speech**.
- dPG werkt met J&V aan de **aanwijzing**, dient vanmiddag klaar te zijn voor het veiligheidsberaad.
- Het **OMT-advies** volgt deze ochtend.
- Bij de **technische briefing** van 20 mei sluiten (10)(2e) en (10)(2e) aan. Vanuit de Kamer is een inventarisatie voor onderwerpen gekomen, waaronder opschaling reguliere zorg. Er wordt daarom nog gekeken of (10)(2e) (NZa) aansluit.
- De beantwoording van de set **Kamervragen** wordt geprobeerd deze week aan de Kamer te sturen. Indien het volgende week wordt, dient de beantwoording geüpdate te worden.

Werkgroep sociale impact coronacrisis

- Intern wordt deze week een plan gemaakt voor deze werkgroep en een afspraak met de leden van de oorspronkelijke werkgroep volgt volgende week.

Toelichting: Deze werkgroep is een vervolg van een werkgroep o.l.v. (10)(2e) die een adviesrapport op dit thema heeft gemaakt. Het wordt een interdepartementale werkgroep van BZK, SZW, OCW, J&V en VWS waarbij zowel op de korte als lange termijn naar de impact wordt gekeken.

Narratief op testen en PBM:

- Het overzicht en de tijdslijn moet nog compleet gemaakt worden. Dit moet volgende week afgerond worden, deze week ligt de focus op de Kamerbrief. Mediavragen komen ook nu al binnen.

Vaccinatiestrategie

- Vanmiddag is overleg over de strategie betreft de productie van vaccinaties, waarbij de planning voor

bespreking in MR ook besproken wordt. Goed om alle drie de bewindspersonen betrokken te houden. Daarnaast is het van belang ook nu vast Financiën mee te nemen.

Toelichting: MVWS heeft afgelopen vrijdag met zijn Duitse collega gesproken over dit onderwerp en daarbij aangegeven graag met Duitsland op te trekken.

Telecomwet

- Proces: De adviesaanvraag aan de Raad van State gaat vandaag uit en er volgt nog een gesprek met MVWS, StasEZK en de AP. De wet wordt vervolgens woensdag in de MR besproken, vrijdag volgt het RvS advies en daarna kan het worden aangeboden aan de Kamer.
- PA MVWS bespreekt met Stas EZK het proces richting de Kamer.

App

- Er wordt een overleg georganiseerd met de bouwers van de app om met elkaar te kijken waar we staan.

Coronawet

- VWS sluit aan bij het veiligheidsberaad vandaag, waarbij de insteek is om bij ieders rol te blijven en de Wpg niet te ondermijnen.
- Volgende week wordt de wet geagendeerd in het afstemmingsoverleg en 29 mei besproken in de MR.

Toelichting: Dit weekend is vanuit het Veiligheidsberaad een brief gestuurd waarin de voorkeur voor het onderbrengen van de tijdelijke wet Covid-19 in de Wet veiligheidsregio's wordt geuit. Dit wordt vandaag in het Veiligheidsberaad verder besproken waarbij ook aandacht is voor een de financiële vergoeding en de bevoegdheden burgemeester vs. de voorzitter van de Veiligheidsregio. De insteek van VWS is om de wet onder te brengen bij de Wpg.

Internationale vergelijkingen

- IZ maakt voor het debat een overzicht van de strategie van andere landen. In verschillende media is al aandacht hiervoor geweest.

Volledig openen van basisonderwijs

- Planning om per 2 juni het basisonderwijs weer volledig te openen, tenzij hier op dat moment contra-indicaties voor zijn. Dit wordt besloten op 29 mei.

Mondkapjes

- In de Kamerbief komt een passage over LCH waarin uitgelegd wordt dat het LCH juist onderdeel is van de oplossing en niet het probleem.
- DGCZ kijkt naar rol LCH bij het testen van mondkapjes. De route is om bij een ziekenhuis in de regio materiaal te laten testen, maar mocht dit niet kunnen dan kan wellicht het LCH dit faciliteren.
- De mondkapjes in het OV leveren nog veel vragen op (minimum eisen/richtlijnen, mondkapjes voor werknemers NS). MMZS bekijkt met I&W (en EZK) de lijn hiervoor zodat die voor het debat duidelijk is.

Dieren

- DGV sluit aan bij een overleg bij LHV over de corona-uitbraak op boerderijen waar nertsen gehouden worden.

287143

Factsheet 'besluitvorming maatregelen voor 1 juni'

Onderwerp: OMT-advies maandag 25 mei en gevolgen besluitvorming voor 1 juni	
Kernboodschap	Het OMT komt op maandag 25 mei bijeen, Aan het OMT is advies gevraagd op de volgende onderdelen: - Sportscholen/fitnesscentra en binnensport - Sportkantines - Sauna's en wellnesscentra - Vervoer van mensen die gebruik maken van dagbesteding - Zangkoren en blaasinstrumenten - Specifieke problematiek Arbeidsmigranten(vervoer en woongroepen) Het OMT advies kan in potentie leiden tot besluitvorming op 27 mei voor de datum 1 juni.
Argumentatie	Beoogd voor 1september (stap 4) De **sportscholen/fitnesscentra, binnensport en sauna's** zijn beoogd om vanaf 1 september open te gaan. Deel van de argumentatie is de aerogene verspreiding via ventilatiesystemen. Op dit onderdeel gaf het OMT op 15 mei in haar advies aan vanwege de complexiteit meer tijd nodig te hebben voor de uitwerking. Dat is dus nu op maandag 25 mei beoogd. Gevolgen voor besluitvorming: - Het advies kan leiden tot een argument om eerder open te gaan dan 1 september. Laat onverlet dat een ander belangrijk argument het stapsgewijs sectoren openen overeind blijft. Gevolgen voor de aanwijzing: - Voor deze onderwerpen geen Stap 2a – 1 juni open **Zangkoren en blaasinstrumenten** zijn een afgeleide van culturele instellingen die als onderdeel van stap 2a per 1 juni onder voorwaarden opengaan. In het OMT advies van 15 mei heeft het OMT aangegeven dat het momenteel nog onduidelijk is in hoeverre zingen, roepen en schreeuwen het risico op verspreiding verder kunnen verhogen. Uit voorzorg in afwachting van meer duidelijkheid adviseerde het OMT, deze geforceerde activiteiten van de stem te vermijden, met name in afgesloten ruimtes. Gevolgen voor besluitvorming: - Het advies kan in potentie leiden tot een aanpassing op de voorzorgsmaatregel Gevolgen voor de aanwijzing: - Het verbod op samenkomsten blijft gehandhaafd voor samenzang en blaasorkesten, afhankelijk van besluitvorming voor 29 mei, omdat nader onderzoek naar besmettingsrisico's nodig is.
Politieke afspraken (regeerakkoord, convenant, coalitieafspraken e.d.)	nvt
Feiten&cijfers	
Overig (zoals heikele punten en pers)	- Vanmiddag 20 mei is er een kort geding van de sportscholen tegen de staat over de argumentatie om tot 1 september gesloten te blijven

Afstemmingsoverleg 25 mei

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	25 mei 2020 9:15-10:15
Volgend overleg	26 mei 2020 10:45-11.45
Aanwezigen:	
Hugo de Jonge (MVWZ)	
Martin van Rijn (MMZS)	
(10)(2e) (Stas)	
(10)(2e) (SG)	
(10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGCZ)	
(10)(2e) (DGLZ)	
(10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (DCo)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)	

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 25 mei

Planning

- Deze week is er MCCb, geen persco, geen brief (behalve over aparte onderwerpen) en geen debat.
- Mogelijk is er volgende week donderdag een debat. PA polst dat bij de Kamer.

Toelichting: Volgende week woensdag is waarschijnlijk de laatste MCCb en persco. Onderwerpen van belang voor de brief zijn: hoe gaan we om met vakanties, vaccinaties en behandeling, preventie, sport en stavaza dashboard.

Toerisme

- Er is in het Hemelvaartsweekend in het torentje gesproken over toerisme, er moet deze week een OMT-aanvraag liggen. Vanmiddag is er een intern overleg bij DGV met focus op de gezondheidsaspecten, daar komt een houtkoolschets uit.

Dashboard

- Project dashboard moet vandaag opgestart worden inclusief betrokkenheid van het LOT-C. PG organiseert vanmiddag telefonisch bijpraatmoment met MVWS. Op te leveren resultaten zijn: vastgestelde indicatoren, signaalwaarden daar waar het kan, vorm van het product, periodiciteit, mogelijke internationale samenwerking.

Slachthuizen

- MVWS geeft aan MLNV aan dat er vandaag reeds gecommuniceerd kan worden over het testen van alle slachthuizen. DGV informeert ook GGD NL. MLNV wil vandaag ook een brief uitsturen.
- DGV neemt in het traject ook andere situaties waar in koelhuizen wordt gewerkt mee, en kijkt met SZW naar waar risico's voor verspreiding irt arbeidsmigranten spelen.

Nertsen

- Vandaag is er een technische briefing over de nertsen en deze week debat. Morgen of overmorgen moet er daarom een overleg komen tussen MLNV en MVWS over de zoönosestructuur. MVWS moet daarvoor op de hoogte worden gebracht over regie vs. doorzettingsmacht.

Mondkapjes

- DCo en DGLZ zorgen dat de storyline over mondkapjes en de vooruitblik naar hoe op lange termijn inkoop en productie eruit moeten zien deze week uit gaan.

Toelichting: De storyline is ook van belang voor de Kamervragen die er liggen. Belangrijk om op basis van de feiten het verhaal te schrijven. Wat betreft de lange termijn inkoop en productie is een overleg met EZK, LCH en VWS.

Covid-wet

- Woensdag is er een vervolgoverleg over de Covid-wet. MVWS wordt daarvoor door PG en WJZ bijgepraat over de inhoudelijke toegevoegde waarde en relatie met de noodverordening.

Bron- en contactonderzoek

- Woensdag moet er een knoop worden doorgehakt over bron-en contactonderzoek per 1 juni. In de communicatie moet meteen het landelijk nummer en de website worden meegenomen. Vanmiddag neemt DGV met MVWS door hoe het eruit komt te zien.
- PG kijkt met WJZ of de gegevens die verzameld worden door de horeca gebruikt kunnen worden bij bron- en contactopsporing.

App

- SG informeert MVWS over samenhang inhoud en juridische aspecten van het starten met de testversie van de app. Er moet duidelijkheid komen vanuit DI, PG en WJZ over de noodzaak om de Wpg hiervoor aan te passen voor woensdag (het overleg over de Covid-wet).

Werkgroep sociale impact coronacrisis

- SG kijkt mee op de brief van SZW over schuldenproblematiek.
- Stas en MMZS kijken mee met de door de SG opgestelde lijst van projecten waarbij kan worden aangesloten, voor het overleg tussen MVWS en Halsema en Geluk deze week.

Zorgbonus

- DGLZ geeft deze week aan wat de beoogde planning is om de bonussen voor de zorg z.s.m. te kunnen organiseren. Aanbesteding is eigenlijk geen optie vanwege tijd, er wordt nu gekeken naar combinatie van decentrale uitvoering o.b.v. subsidie VWS. MVWS en MMZS bespreken met MP het plan en DGLZ met MINFIN.

Toelichting: Van de aanvankelijke route via nationale aanbesteding wordt afgezien omdat het te veel tijd kost. Er wordt nu naar een vorm van decentrale subsidie gekeken (in de vorm van een bon of geld) of de mogelijkheid van uitkering zonder subsidieaanvraag.

Vaccins

- DGV zorgt dat MVWS en MP een update krijgen over de vaccins. Vanavond is er een call waarin moet worden besloten over met wie we gaan samenwerken.

Q Waarom mag een chauffeur bij vervoer naar de dagbesteding wel een mondkapje dragen maar een verpleegkundige alleen als er sprake is van COVID-19?

A

- Het gaat hier om twee verschillende situaties. De omstandigheden waaronder een chauffeur danwel een verpleegkundige werken zijn niet geheel met elkaar te vergelijken.
- Het Outbreak Management Team heeft een kader vastgesteld voor het vervoer van en naar de dagbesteding.
- Hierin wordt een getrapt advies gegeven:
    - Tussen de te vervoeren personen en de chauffeur wordt 1.5 meter aangehouden waar mogelijk.
    - Wanneer deze afstand tot de chauffeur niet mogelijk is, wordt op een verkeersveilige manier een fysieke afscheiding geplaatst tussen de chauffeur en de passagiers.
    - Wanneer bovenstaande voorwaarden niet te realiseren zijn, dan is er sprake van een opstapeling van risicofactoren die ertoe leiden dat voor de chauffeur het dragen van een medisch mondneusmasker geadviseerd wordt.
- Het gaat in de situatie van vervoer dus om een stapeling van risicofactoren namelijk suboptimale triage van de passagiers, de relatief kleine ruimte in het

vervoersmiddel, de gemiddelde duur van de ritten, de mogelijke kwetsbaarheid van de chauffeur en vanwege de soms moeilijk te instrueren passagiers en hun kwetsbaarheid.

- Voor een verpleegkundige gelden deze risicofactoren niet of in een andere mate. Verpleegkundige dragen wel een mondkapje als er sprake is van COVID-19 of in het geval het niet mogelijk is 1,5 m afstand te houden -> richtlijn nakijken

Q: De ventilatie in verpleeghuizen is vaak slecht. Kan dat verspreiding in de hand werken (zie uitspraken viroloog Drosten)?

A

- Het is belangrijk dat er continu goed wordt geventileerd (geen recirculatie) om de lucht te kunnen verversen. Dat geldt ook voor verpleeghuizen. Ook goed onderhoud van de systemen is belangrijk.
- Het OMT heeft aangegeven dat de rol van ventilatie- en airconditioningsystemen in de verspreiding van het virus nog niet duidelijk is.
- Vaak gaat het om een geheel van factoren: naast goed ventileren is het ook van belang de algemene richtlijnen na te leven. Bijvoorbeeld het regelmatig en goed wassen van de handen.
- Ik zal dit punt bespreken in het wekelijkse overleg met de brancheorganisaties.

287157

Afstemmingsoverleg 28 mei

PROCES

Crisis Coronavirus
Datum, tijdstip en locatie 28 mei 2020 10:45-11:45
Volgend overleg 2 juni 2020 10:45-11:45
Aanwezigen:
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (10)(2e) (Stas)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (RIVM)
(10)(2e) IGJ)
(10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (DMO)
(10)(2e) (WJZ)
(10)(2e) (dPG)
(10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 28 mei
Brief aanvraag OMT-advies De tekst over 'zingen in de kerk'' moet nog verder aangescherpt worden in afstemming met **JenV en adviseur DGV**. Om 13.00 moet er een nieuwe versie liggen die getekend kan worden.
Spoedwet De consultatie van de tijdelijke wet COVID is nog niet gestart, er wordt op groen licht gewacht van BZK en JenV. *Toelichting:* - Het is nog de vraag welke consultatietermijn gaat gelden.
Telecomwet **MinVWS** is akkoord met de huidige versie van de wijziging van de telecomwet. *Toelichting:* - Het is goed verbeterd na het advies van de RvS. - Staatssecretaris van EZK moet het voorstel nu indienen.
Inhoudsopgave Kamerbrief Voor het weekend worden de stukken teksten waarvan we verwachten dat deze niet meer zullen wijzigen aangeleverd aan BWP. *Toelichting* - De volgende stukken worden aangeleverd voor het weekend: inleiding, toerisme (tekst aangeleverd

door JenV), testen en bron- en contactonderzoek (inclusief update app), vaccins, innovatieve behandelingen, preventie en leefstijl (inclusief sport), PBM's, zorg voor patiënten, bonus zorgmedewerkers (procestekst). Eventueel: routekaart kwetsbare personen.
- In een volgende brief zal het stuk over de arbeidsmarkt worden opgenomen.
- Na het weekend: dashboard en Caribisch NL.

PBM's

Er wordt gewerkt aan een feitenbasis door **DGV**. Vrijdag gaat in de tas mee wat er tot nu toe ligt.

Toelichting:

- Het kost veel tijd om de hele feitenbasis goed op orde te krijgen. Dit moet worden gedaan door medewerkers die nu ook nog vol in de crisis zitten.
- Het is wel handig om een deel voor het debat op papier te hebben staan.
- Morgen komt een groepje medewerkers samen. Zij vullen het bestaande overzicht aan, deze versie gaat mee in de tas van de bewindspersonen dit weekend. Deze versie hoeft dus niet klaar/perfect te zijn.

Caribisch Nederland

Toerisme: Cariben wordt meegenomen in BWP-overleg van morgen.

Toelichting:

- Is een OMT-advies nodig?

WOB-verzoeken

WJZ plant afspraak in met betrokken journalisten om proces omtrent WOB-verzoeken toe te lichten.

WJZ maakt aparte Kamerbrief inzake proces WOB-verzoeken.

Toelichting:

- Er zijn 57 WOB-verzoeken binnengekomen.
- Er wordt begonnen met de WOB-verzoeken van de journalisten.
- WOB-verzoeken worden per 1 juni in behandeling genomen.

NVWA rapport

DGV toetst rapport NVWA over transmissie in horeca door middel van glazen en servies bij RIVM.

Toelichting:

- Richting JenV.
- Verwerken in protocol.

Pers

DCo legt reactie omtrent rol McKinsey bij bron- en contactonderzoek neer bij **MinVWS**.

287160

SITUATIERAPPORT Departementaal Crisiscentrum VWS | Nieuw Coronavirus

1. GEGEVENS	
Aan	Voorzitters Veiligheidsregio's Directeuren Publieke Gezondheid GGD-GHOR Nederland Informatieteam NCTV Departementale crisiscentra RIVM
Periode	16 – 22 mei 2020
Nummer	14
Planning	Wekelijks
Classificatie	Bestemd voor VR, DPG en GGD en GHOR organisaties

2. INFORMATIEBEELD

Kernverhaal

In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw coronavirus. Dit virus kan de ziekte COVID-19 veroorzaken. Het nieuwe virus heeft zich inmiddels wereldwijd verspreid. Ook in Nederland zijn COVID-19 patiënten en zijn er patiënten overleden aan het virus. Het Nederlandse beleid is erop gericht om verspreiding maximaal te controleren en zo de druk op de zorg te minimaliseren.

Feiten – stand van zaken 22-05-2020

- Het totaal aantal positief geteste patiënten: 44.888* (+188
- Het totaal aantal gemelde patiënten opgenomen (geweest) in het ziekenhuis: 11.649 (+9)
- Het totaal aantal gemelde overleden personen: 5.788** (+13)

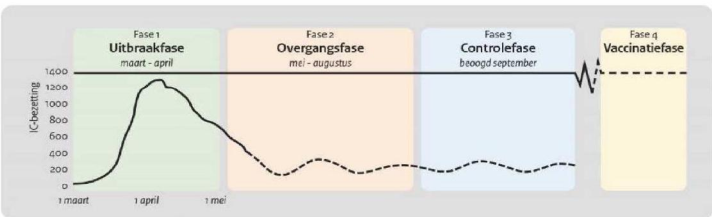
Het aantal mensen dat ziek wordt door het nieuwe coronavirus in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC intensive care -opnames en overlijdens per dag. Ook het aantal mensen dat bij de huisarts komt vanwege klachten die passen bij het coronavirus daalt nog steeds. Dat blijkt uit cijfers van het Nivel. De virologische dagstaten laten zien dat, ondanks een ruimer testbeleid, de laatste drie weken het aantal geteste personen met klachten rond de 30.000 bleef liggen. Van deze geteste mensen heeft een steeds lager percentage COVID-19. Afgelopen week was dit 5%, maar eind maart was 29% van het aantal testen positief voor het coronavirus.

* Het werkelijke aantal besmettingen met het nieuwe coronavirus ligt hoger dan het aantal dat hier genoemd wordt. Dit komt omdat niet iedereen met mogelijke besmetting getest wordt.

** Er is een vertraging tussen de dag van ziekenhuisopname of overlijden en de dag waarop dat gerapporteerd wordt.

3. ORGANISATIE/OPSCHALING

Huidige fase in de aanpak van de coronapandemie



Figuur 1. De vier fasen van de epidemie schematisch weergegeven

287160

Kenmerken van de huidige overgangsfase:
- Het zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus te versterken
- Maatregelen stap voor stap te versoepelen.
- Vanaf juni wordt iedereen bij klachten getest
- Vanaf juni wordt het contactonderzoek geïntensiveerd en opgeschaald. Nauwe contacten van een besmet persoon worden gevraagd om gedurende 14 dagen thuis te blijven en zich te laten testen bij medische klachten. Zo sturen we sneller en gerichter en dammen we het virus in.

De strategie is dat het virus wordt ingedamd op het moment dat het de kop opsteekt, net als in de beginfase van de epidemie. Vanuit de huidige overgangsfase wordt toegewerkt naar de controlefase waarin er de beschikking is over instrumentarium waarmee de signaleringsfunctie van het RIVM wordt versterkt om zo snel mogelijk nieuwe oplevingen van het virus in beeld te krijgen en op basis daarvan te besluiten. Om beter zicht te krijgen op de verspreiding van het virus wordt er een dashboard ontwikkeld met een groot aantal indicatoren dat ons in staat stelt om sneller en gerichter te kunnen sturen. Klik voor weergave daarvan op figuur 2. Het biedt inzicht om vroegtijdiger signalen van een toename van de verspreiding van het virus op te pikken. Dit dashboard bevat drie elementen die in samenhang met elkaar de impact, omvang en verwachting van de verspreiding van het virus weergeven.

1. Een set hoofdindicatoren die een getalsmatig beeld van de epidemie geven
2. Een set ondersteunende indicatoren die een indicatief maar completer beeld geven van de epidemie.
3. Een set indicatoren die met minder vertragingstijd de potentiële risico's voor verspreiding van het virus weergeven.

Regionaal dashboard

Op landelijk niveau biedt het dashboard inzicht in de ontwikkeling van 5 hoofdindicatoren, waar signaalwaarden aan gekoppeld worden: IC-opnames, ziekenhuisopnames, testuitslagen, het reproductiegetal, en het aantal besmettelijke personen. Voor twee van deze indicatoren wordt per veiligheidsregio een vertaling gemaakt in een regionaal dashboard. Het gaat om ziekenhuis opnames en de uitkomsten van de testen, ofwel nieuwe besmettingen. Hiermee kan de actuele ontwikkeling per veiligheidsregio in kaart gebracht worden, aan de hand van een stoplichtmodel.

Belangrijke rol voor communicatie

Nu de maatregelen stap voor stap worden versoepeld, wordt de opvolging van gedragsadviezen nog belangrijker. Communicatie speelt hierbij een grote rol. De communicatiestrategie van het kabinet is erop gericht om mensen te informeren over de maatregelen die we nemen in de strijd tegen het coronavirus en hen te stimuleren om gedragsadviezen te volgen. De strategie sluit aan bij actuele ontwikkelingen en houdt rekening met de verschillende gevoelens en (informatie)behoeften die er leven in de samenleving. Het kabinet baseert zich hierbij op inzichten uit de gedragswetenschappen. Daarnaast laat het kabinet doorlopend onderzoek doen naar sentiment, vertrouwen en de mate waarin de gedragsadviezen worden opgevolgd. We hebben bijzondere aandacht voor het bereiken van specifieke doelgroepen, zoals jongeren, laaggeletterden en ouderen.

Wekelijks overleg Minister Hugo de Jonge en een delegatie van de DPG'en

Tijdens het overleg is gesproken over de COVID wet. VWS gaf aan er voor te hebben gekozen deze wetgeving op te nemen als apart hoofdstuk in de Wpg. Aanstaande maandag brengt Hugo de Jonge een bezoek aan GGD GHOR Nederland om te praten over de voortgang op het gebied van Bron- en Contactopsporing en Testen. De vraag waar het om gaat: zijn de GGD'en in juni, mogelijk al op 1 juni, in staat om iedereen met klachten te kunnen testen en de bijbehorende te verwachten contactonderzoeken uit te kunnen voeren? Andere onderwerpen die besproken zijn de monitor, zorgcapaciteit buiten het ziekenhuis en de problematiek in de VVT, in het bijzonder de uitbreiding van de pilots met de versoepelde bezoekregeling.

Rol GGD in testbeleid buiten ziekenhuizen

Als bijlage is toegevoegd de brief van de minister van VWS aan de Directeuren Publieke Gezondheid over de rol ven de GGD bij testbeleid buiten ziekenhuizen.

287160

Nieuwe aanwijzing
De minister van VWS zal naar aanleiding van de besluitvorming in de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing van 19 mei 2020 en mede namens de minister van JenV een nieuwe aanwijzing versturen aan de voorzitters veiligheidsregio. Een conceptversie is al afgestemd met onder andere vertegenwoordigers van veiligheidsregio's, politie en Openbaar Ministerie. De definitieve versie wordt vandaag gestuurd.

4. OORDEEL / ONDERWERPEN

De aanpassing van de maatregelen per 1 juni:

Groepen

- Buiten mogen mensen bij elkaar komen als zij 1,5 meter afstand tot elkaar bewaren. In alle gebouwen die publiek toegankelijk zijn, mogen maximaal 30 mensen bij elkaar komen, exclusief personeel. Wel hanteren we ook hier de 1,5 meter afstand tot elkaar. Thuis blijft het dringende advies om voor bezoekers 1,5 meter afstand aan te houden, zowel binnen als in de tuin en op het balkon.

Horeca - 1 juni vanaf 12.00 uur

- Restaurants en cafés mogen open, onder voorwaarden: Een maximum van 30 gasten (dus exclusief personeel); bezoekers moeten reserveren; iedereen houdt 1,5 meter afstand (behalve mensen uit hetzelfde huishouden); in een checkgesprek vooraf tussen ondernemer en klant wordt ingeschat of een bezoek risico's oplevert.
- Op terrassen geldt geen maximum aantal personen. Wel moet iedereen aan een tafel zitten en 1,5 meter afstand tot elkaar houden (behalve mensen uit hetzelfde huishouden).

Onderwijs

- Voortgezet onderwijs gaat op 2 juni open. Scholen nemen maatregelen zodat 1,5 meter afstand kan worden gehouden. Dat betekent in de praktijk dat niet alle leerlingen tegelijk op school kunnen zijn.
- Voortgezet speciaal onderwijs gaat ook op 2 juni open voor alle leerlingen. Ook hier nemen scholen maatregelen zodat 1,5 meter afstand kan worden gehouden. Dit vergt maatwerk en zal in dit type onderwijs niet altijd mogelijk zijn.
- Op 8 juni gaat het basisonderwijs weer voor 100% open, tenzij uit lopende onderzoeken blijkt dat dit niet verantwoord is.
- Op 15 juni gaan het middelbaar beroepsonderwijs en het hoger onderwijs (hbo en universiteiten) weer beperkt starten met toetsing, tentamens, praktijklessen en begeleiding van kwetsbare studenten op de instelling.

Culturele instellingen – 1 juni vanaf 12.00 uur

- Film-, theater- en concertzalen mogen open onder voorwaarden: een maximum van 30 mensen in het publiek; bezoekers moeten vooraf reserveren; een checkgesprek vooraf om te bepalen of een bezoek risico's oplevert; iedereen houdt 1,5 meter afstand tot elkaar.
- Musea en monumenten mogen open als bezoekers vooraf kaartjes kopen en een checkgesprek voeren. Het maximale aantal bezoekers is gebouwafhankelijk. Er moet 1,5 meter afstand worden gehouden.
- Muziekscholen en centra voor de kunsten kunnen open. Er geldt een maximumaantal van 30 personen per gebouw, die 1,5 meter afstand moeten houden.

Openbaar vervoer

- Het openbaar vervoer is alleen bedoeld voor noodzakelijke reizen.
- In tram, (water)bus, metro en trein is met ingang van 1 juni voor reizigers van 13 jaar en ouder het dragen van een niet-medisch mondkapje verplicht. Dit geldt niet voor stations, haltes en perrons; daar is een mondkapje niet verplicht. Iedereen houdt hier 1,5 meter afstand tot anderen.
- Reizigers die na 1 juni geen mondkapje dragen, kunnen een boete van € 95 krijgen.

Verpleeghuizen

- Op één locatie per GGD-regio wordt bezoek aan verpleeghuizen beperkt en onder strenge voorwaarden toegelaten. Vanaf 25 mei zal dit worden uitgebreid naar meer locaties. Het perspectief is dat vanaf 15 juni de bezoekregeling landelijk wordt aangepast.

Technische briefing Tweede Kamer – 20 mei 2020
(10)(2e) (directeur van het Centrum voor Infectieziektebestrijding RIVM), (10)(2e) (voorzitter raad van bestuur NZa) en (10)(2e) (directeur publieke gezondheid GGD Hollands Midden) hebben een technische briefing verzorgd aan de Tweede Kamer:

- (10)(2e) heeft onder andere gesproken over het percentage positieve testen wat inmiddels onder de 5% ligt. Met betrekking tot het dashboard werd aangegeven dat ziekenhuisopnames nog steeds belangrijk zijn om het reproductiegetal vast te stellen. Echter zit hier een vertraging van ongeveer 14 dagen op, waardoor je eigenlijk altijd in de achteruitkijk spiegel kijkt. Daarom wordt gekeken naar het opzetten van een Early Warning systeem waarbij je aan de hand van verschillende gegevens dichter op de infectie kan zitten dan bij ziekenhuisopnames (bijv. gegevens van gedragsonderzoeken, de nalevingsmonitor, infectieziekteradar etc.) Daarnaast zijn de exit-strategie, het Nederlandse beleid in vergelijking tot andere landen en de versoepeling van de maatregelen besproken.
- (10)(2e) is in haar presentatie ingegaan op de achterstand in de acuut planbare zorg, de cijfers van de medisch specialistische zorg en de cijfers van de GGZ. De GGZ is druk bezig om alles weer op het oude niveau te krijgen. Tot nu toe zijn er in de GGZ 49.000 minder verwijzingen dan normaal.
- (10)(2e) heeft gesproken over het contact- en bron onderzoek en het testbeleid. In de eerste helft van april voerde de GGD 10.000 testen per dag uit. Na een eerdere daling is dit nu weer toegenomen door de verruiming van het testbeleid. De huidige testcapaciteit ligt rond de 17.000 testen per dag. Vanaf juni (als iedereen met klachten getest kan worden) is de verwachting dat er ongeveer 34.000 testen per dag uitgevoerd moeten worden.

Transmissie en besmetting via ventilatiesystemen niet aangetoond
Het OMT heeft eerder deze week geoordeeld dat op basis van de huidige inzichten niet is aangetoond dat aerogene transmissie een rol speelt in de verspreiding van COVID-19. Met betrekking tot ventilatiesystemen is geoordeeld dat aanpassingen van ventilatiesystemen of instellingen niet nuttig en niet nodig is. Zie https://lci.rivm.nl/aerogene-verspreiding-sars-cov-2-en-ventilatiesystemen-onderbouwing

Afgelopen periode meer mensen overleden dan normaal
Uit CBS-onderzoek naar oversterfte blijkt dat in de periode van 9 maart tot en met 10 mei bijna 9.000 mensen meer zijn overleden dan normaal. Hoewel het vooral gaat om mensen die aan COVID-19 zijn overleden, hangt een deel van de sterfgevallen mogelijk samen met de gevolgen van de pandemie, zoals de overbelasting van de zorg of het mijden van de zorg. Mensen met een migratieachtergrond (zowel westers als niet-westers) worden relatief zwaarder getroffen door COVID-19 dan autochtone Nederlanders. Een verklaring is mogelijk gelegen in het soort werk dat ze doen, omvang van het huishouden of het voorkomen van bepaalde risicofactoren voor COVID-19 in een etnische groep. De verschillen in Nederland zijn wel minder groot dan in andere westerse landen. Er is geen opvallend verschil geconstateerd tussen arm en rijk.

Kwetsbare personen

- De doorverwijzingen vanuit huisartsen naar de sector ggz blijven nog steeds achter. Het is de ervaring dat als cliënten later doorverwezen worden, de kans groter is dat de zorgvraag zwaarder wordt. Binnenkort verschijnt de factsheet 'Samenwerking huisartsenzorg en ggz tijdens Covid-19', opgesteld door LHV, Ineen, GGZ Nederland en Meer ggz. Deze factsheet is bedoeld om informatiete verstrekken aan de achterban van deze koepels. Hierdoor wordt hopelijk bijgedragen aan het versterken van de samenwerking en wordt de doorverwijzing gestimuleerd.
- In de verpleeghuizen was tot 20 mei alleen bezoek mogelijk als een cliënt terminaal was. Zorgaanbieders hebben alvast nagedacht over verwachte verruiming van de bezoekregeling. Ze hebben hier nog een groot aantal vragen over. De verpleeghuizen vinden het nog lastig de regeling goed vorm te geven en worstelen hierbij met vragen over extra personele inzet, kosten en de praktische uitvoering.
- GGZ-instellingen zijn aan de slag met het aanpassen van de bedrijfsvoering naar het nieuwe normaal. Afgelopen week konden veel cliënten weer bezoek ontvangen. Dagbesteding wordt op verschillende plekken weer opgestart. Best practices die de afgelopen maanden zijn ontwikkeld worden geïnventariseerd en er wordt gekeken welke behandelvormen kunnen

blijven bestaan in het nieuwe normaal. Corona-afdelingen staan vaak leeg, maar worden vrijgehouden voor een eventuele tweede golf.
- Bij de start van de corona-uitbraak zijn de face to face contacten veelal omgezet in beeldbellen. Voor patiënten bij wie beeldbellen of even stopzetten van de behandeling geen goede optie is wordt er gezocht naar andere mogelijkheden. GGZ-instellingen starten nu weer met het opbouwen van face to face contacten en werken hard om behandelingen mogelijk te maken conform de RIVM richtlijnen. Prioriteit bij het weer aangaan van face to face contacten ligt bij de crisisdienst, IHT (Intensive Home Treatment) en FACT. Het uitvoeren van ambulante (reguliere) zorgprogramma's gebeurt veelal via beeldbellen tenzij dit therapeutisch niet verantwoord is.
- Het beeld m.b.t. de wachtlijsten is divers. Bij sommige GGZ-instellingen loopt deze terug, bij andere loopt deze op. Bij de meeste GGZ-instellingen blijft het aantal nieuwe aanmeldingen nog achter bij de periode voor de corona crisis normaal. Hierdoor krijgt de instelling meer ruimte om patiënten van de wachtlijst op te roepen.
- Een enquête onder GGZ-instellingen ter inventarisatie van de ECT (Electro Compulsive Therapy) capaciteit laat zien dat deze in een maand tijd van 55% ten opzichte van normaal is gestegen naar 76% ten opzichte van normaal. De verwachting van instellingen is dat de capaciteit de komende weken verder zal toenemen en dat extra maatregelen niet nodig zijn.

De anderhalve meter afstand houden wordt steeds lastiger
De anderhalve meter afstand houden lukt mensen steeds minder goed. Mensen met een hogere kans op een ernstig verloop van een corona-infectie, lukt het over het algemeen beter de coronamaatregelen op te volgen. Het draagvlak voor de hygiënemaatregelen, het thuisblijven bij verkoudheidsklachten en het afstand houden blijft met 90-95 % onveranderd hoog. Dit blijkt uit het tweede gedragsonderzoek van het RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu , GGD Gemeentelijke Gezondheidsdienst GHOR Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio Nederland en de regionale GGD'en. Zie https://www.rivm.nl/nieuws/anderhalve-meter-afstand-houden-wordt-steeds-lastiger

Eén loket voor mentale gezondheid bij COVID-19
Mensen met vragen over psychosociale gevolgen van de coronacrisis kunnen vanaf deze week terecht bij het Informatie- en Verwijscentrum COVID-19 (IVC). Dit digitale loket biedt betrouwbare informatie en brengt mensen als nodig in contact met verschillende soorten hulp-, zorg- en dienstverleners. Zie https://www.rivm.nl/nieuws/loket-voor-mentale-gezondheid-bij-covid-19

Webinar 'Nederland staat op' 27 mei
Het webinar door professor dr. Erik Scherder, hoogleraar neuropsychologie, en dr. Victor Kallen, onderzoeker bij TNO neemt u mee naar het fysieke effect van de corona-maatregelen bij gezonde burgers. Wat gebeurt er met mensen als ze minder bewegen, minder sociale contacten hebben en veel stress ervaren? En hoe vertaalt zich dat in gedrag dat mensen laten zien, en in de lokale samenleving? Ook schetsen zij een handelingsperspectief onder de titel 'Nederland staat op' voor fysieke en mentale veerkracht. Inschrijven kan via https://www.ifv.nl/congressen/Paginas/Webinar-Nederland-staat-op.aspx

5. COMMUNICATIE

Pers- en publieksinformatie
- In de publiekscampagne 'Alleen samen krijgen we corona onder controle' wordt de urgentie van het gezamenlijk bestrijden van het coronavirus en de verschillende handelingsperspectieven onder de aandacht gebracht.
- Het RIVM verzorgt publiekscommunicatie. Op de site van het RIVM is een kaart opgenomen waarin de positieve uitslagen vermeld worden per gemeente. De kaart geeft het totaal aantal positief geteste patiënten weer. Het is geen kaart met het actuele aantal zieke mensen in Nederland. Ook is er publieksinformatie beschikbaar vanuit www.rijksoverheid.nl/coronavirus. Hier komt vanuit de één-overheidsgedachte informatie interdepartementaal bij elkaar met doelgroepgerichte communicatie.

- Op de website corona.steffie.nl legt uitleghulp Steffie moeilijke informatie over het nieuwe coronavirus op een eenvoudige manier uit. De website is speciaal bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Het NKC verzorgt de brede publieksinformatie en het informatienummer 0800-1351. Dit algemene telefoonnummer is geopend voor vragen van het algemene publiek omtrent het nieuwe coronavirus COVID-19. Inmiddels werken hier 88 mensen om de vragen te beantwoorden.
- Op de website https://www.nji.nl/coronavirus, geeft het Nederlands Jeugdinstituut allerlei antwoorden op vragen die leven onder jongeren, ouders en professionals in het jeugddomein. Alle informatie is afgestemd met cliëntenorganisaties, professionals, jeugdhulpaanbieders, gemeenten, onderwijskoepels, ministeries (VWS, JenV, SZW en OCW) en wordt dagelijks bijgewerkt. Ze hebben een maandelijks bereik van circa 1 miljoen bezoekers.

Gegevensbronnen over COVID-19

Op de website van het RIVM is de 'wegwijzer naar gegevensbronnen over COVID-19' te vinden https://databronnencovid19.nl/. Deze wegwijzer toont een overzicht van databronnen die gerelateerd zijn aan het coronavirus en het bijbehorende ziektebeeld COVID-19. Van elke bron is een beschrijving opgenomen, en waar van toepassing een verwijzing naar de dataset(s).

6. MEER INFORMATIE

Relevante links:

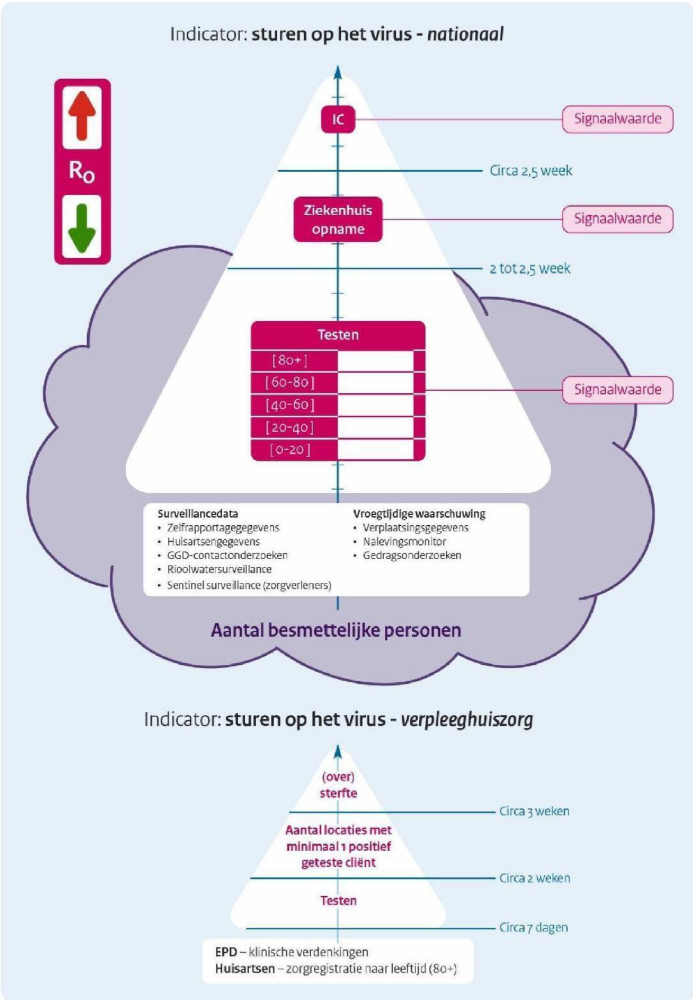
- https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19
- https://www.rivm.nl/
- Protocol voor de professionals:_Landelijk draaiboek uitbraak infectieziekte: https://lci.rivm.nl/draaiboeken/generiek-draaiboek
- https://www.igj.nl/onderwerpen/coronavirus

Politiek

- Tweede kamer. Plenair debat over bestrijding van het coronavirus – 12 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief Inzet nationale crisisstructuur COVID-19 – 13 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief Stand van zaken bestrijding COVID-19 – 17 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief Aanscherping bezoek verpleeghuizen i.v.m. COVID-19 – 19 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 25 maart 2020
- Tweede kamer. Kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 31 maart 2020
- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 7 april 2020
- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 15 april 2020
- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 22 april 2020
- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 6 mei 2020
- Tweede kamer, kamerbrief COVID-19: Update stand van zaken – 19 mei 2020

287160

Figuur 2. Schematische weergave van het dashboard Terug naar tekst



VWS – Directie:

Fractie: SP **Kamerlid:** (10)(2e)

Vraagnr: 23 A

Q: Is nu voldaan aan voorwaarden OMT als het gaat om testcapaciteit en bron en contactonderzoek?

- Ja het OMT benoemt testen als een onderdeel van het ankerpunt 'zicht op de verspreiding van het virus'.
- Het OMT geeft daarbij aan dat het mogelijk moet zijn om iedereen met klachten te testen.
- Ik wil het in juni mogelijk maken om iedereen te testen.
- Daarop bereiden GGD'en zich nu dus voor. Ik ben hierover in nauw contact om te horen over de voorbereidingen goed verlopen.

29. Nertsen

Q. Hoe groot is het gevaar voor de volksgezondheid?

- Op dit moment wordt het gevaar voor de omwonenden door de onderzoekers als verwaarloosbaar ingeschat.
- Dit is gebaseerd op het RIVM onderzoek naar luchtmonsters buiten de stallen maar ook op de genetische bepaling van virusmonsters van de COVID-19 patiënten woonachtig in het postcodegebied van de besmette bedrijven.
- Hoe het risico voor de volksgezondheid zich op de lange termijn ontwikkelt hangt af van of nertsen een reservoir kunnen zijn terwijl de uitbraak onder mensen onder controle is.
- Naar reservoirvorming onder nertsen vindt nu onderzoek plaats.
- De verwachting is dat dit onderzoek aan het einde van deze week is afgerond.
- Het OMT-Zoönosen zal vervolgens voor mij en de minister van LNV aangeven wat dit betekent voor het risico voor de volksgezondheid en ons van een advies voorzien zodat we gezamenlijk indien nodig ieder vanuit onze eigen bevoegdheden kunnen handelen.

VWS – Directie:

Fractie: SGP **Kamerlid:**

Vraagnr: 52

Q: Versoepeling maatregelen; staan de voorwaarden van het OMT nog?
Kunnen we straks iedereen testen? Zijn de GGD'en klaar voor BCO? Zijn we in staat om de effecten vd versoepeling op de voet te volgen?

- Zie SP 23A en SP 23B en CU 29…

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

SG
Zorg en Jeugd Caribisch
Nederland
Team B

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum
6 mei 2020

Aantal pagina's
2

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

agenda

Betreft	
Vergaderdatum en -tijd	6 mei 2020 15:00 NL (9:00 Carib)
Vergaderplaats	Webex, zie uitnodiging per mail voor link
Aanwezig	
Afwezig	
Kopie aan	

1. Opening, mededelingen en verslag vorige overleg (bijgevoegd)
2. Opvolging OMT-advies Cariben
    a. Korte, middellange en lange termijn
    b. Duurzame samenwerking ziekenhuizen acute en electieve zorg: ontwikkelen plan om zorg binnen Caribisch deel Koninkrijk onderling te waarborgen.
3. Samenwerking acute zorg en IC capaciteit: update.
    a. Stand van zaken omtrent gereedmaken beademingsapparatuur **Verzoek aan de landen om tijdens het overleg te beschrijven waar de ziekenhuizen nu staan met betrekking tot het operationaliseren van de geleverde beademingsapparatuur.**
    b. Update contracten AMI
    c. Update medicatie
    d. Acute tertiaire zorg: update Martinique
4. Actualiteit per land: casussen en relevante maatregelen tot nu toe (huiselijk geweld, kwetsbare ouderen, etc)
5. Nadere afspraken
6. Datum volgende Ministeriële VC: wordt nader bepaald

SG
Zorg en Jeugd Caribisch
Nederland
Team B

Datum
7 april 2020

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

SG
Zorg en Jeugd Caribisch Nederland
Team B

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum
28 april 2020

Aantal pagina's
3

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

agenda

Betreft	
Vergaderdatum en -tijd	6 mei 2020 15:00 NL (9:00 Carib)
Vergaderplaats	Webex, zie uitnodiging per mail voor link
Aanwezig	
Afwezig	
Kopie aan	

1. Opening, mededelingen en verslag vorige overleg (bijgevoegd)

2. Opvolging OMT-advies Cariben

   a. Korte, middellange en lange termijn

      Annotatie
      Ter bespreking wordt een overzicht meegestuurd waarin visueel de benodigde acties inzichtelijk zijn gemaakt. U kunt (10)(2e)) (10)(2e) het woord geven om dit overzicht toe te lichten.

   b. Duurzame samenwerking ziekenhuizen acute en electieve zorg: ontwikkelen plan om zorg binnen Caribisch deel Koninkrijk onderling te waarborgen.

      Annotatie
      Het OMT Cariben zegt dat de zorgcapaciteit op orde moet zijn voordat kan worden afgeschaald/toeristen toegelaten kunnen worden. De huidige capaciteit van de ziekenhuizen binnen het Koninkrijk is beperkt. Daarnaast moeten we constateren dat de route Colombia voorlopig dicht is. De route naar Martinique is nog fragiel en onvoldoende uitgewerkt. Dit bij elkaar opgeteld leidt tot de conclusie dat dit moment gebruikt moet worden om duurzaam plannen voor de samenwerking en uitwisseling van de ziekenhuizen gereed te maken. Dit komt ook op verschillende plekken van het overzicht terug. Hierbij gaat het zowel om een alternatief voor de inzet van het AMI-personeel (na 2x 45 dgn) als om de beschikbaarheid van meer mogelijkheden electieve en acute

287176

SG
Zorg en Jeugd Caribisch Nederland
Team B

Datum
7 april 2020

zorg met een aanbod voor alle patiënten van de 6 eilanden. De 4 grote ziekenhuizen (CMC, HOH, SMMC en FM) moeten het grootste deel van de patiëntenstroom, die voorheen naar oa. Colombia ging, op kunnen vangen.

Er moeten afspraken gemaakt worden over de verdeling van specialismen en aantallen patiënten over de 4 ziekenhuizen. Een mogelijkheid hierbij is ook de inzet van een jumelage met Nederlands ziekenhuizen waarbij specialismen worden ingevlogen, zoals dat nu al gebeurt tussen Bonaire en Amsterdam.

Het doel is om deze plannen de komende weken met de ziekenhuizen en de ministers verder uit te werken.

3. Samenwerking acute zorg en IC capaciteit: update.

   a. Stand van zaken omtrent gereedmaken beademingsapparatuur

      Annotatie
      U kunt de ministers vragen of inzicht kunnen geven in de huidige stand van zaken. Dit lukt ambtelijk onvoldoende. Van de geleverde apparaten heeft volgens onze informatie:
      - Aruba er nog geen operationeel,
      - Sint Maarten heeft er 9 operationeel,
      - Bonaire is ook nog niet operationeel,
      - van Curaçao is dat niet duidelijk.

   b. Update contracten AMI

      Annotatie
      Team Aruba komt op 5 mei aan; het team voor Curaçao naar verwachting in de komende week.

      Met (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) is vorige week met AMI het volgende overeengekomen over het nieuw in te zetten team op **Curaçao**:
      - het nieuwe team wordt gefaseerd ingezet. Deze gefaseerde benadering komt overeen met de inzet op Aruba. Dit betekent dat naar verwachting in de komende week een kleiner team (42) naar Curaçao zal komen, de rest van het team (32) zal op een moment in overleg met het CMC worden ingezet.
      - Een aantal essentiële staf uit het oude team (maximaal 5 personen) zal onderdeel uitmaken van het nieuwe team omdat zij essentiële kennis en ervaring hebben opgedaan tijdens de eerste inzet.
      - (10)(2e) en (10)(2e) zullen vanaf nu direct contact onderhouden met AMI om gezamenlijk te werken aan de samenstelling van het team, het protocol voor de inzet van het team, het briefen van het team en alle andere logistieke zaken die moeten worden voorbereid.
      - Daarnaast zullen de artsen van AMI de komende week al intensief in gesprek gaan met de CMC staf over de situatie in het

ziekenhuis en de rol van het team. VWS heeft in principe geen rol in deze gesprekken maar kan faciliteren wanneer nodig.

Met betrekking tot **Aruba**, zoals besproken zal het oorspronkelijke team van 21 personen terugkeren naar Aruba. AMI wacht momenteel op de testresultaten van de COVID-19 test en andere benodigde tests. De verwachting is dat het team op 5 mei op Aruba zal aankomen.

c. Update medicatie

Annotatie
U kunt vragen naar de situatie in de landen.
Geen opmerkingen vanuit VWS

d. Acute tertiaire zorg: update Martinique

Annotatie
U kunt toelichten dat op 30 mei is er gesproken met de directeur van het ziekenhuis op Martinique en de tussenpersoon *CaribbeanOnCall*. Dit verliep positief: men is bereid om samen te werken in het bieden van zorg aan acute zeer specialistische patiënten vanaf de 6 eilanden. Er is op dit moment een tijdelijk protocol gedeeld met de verzekeraars van alle eilanden. VWS staat garant voor de kosten van de medische uitzending.
De route naar Martinique heeft nog wel nadere uitwerking nodig. Daar zijn we nu mee bezig. Hierbij kan gedacht worden aan aanvullende afspraken over immigratie, financiering en terugkeer.

4. Actualiteit per land: casussen en relevante maatregelen tot nu toe (huiselijk geweld, kwetsbare ouderen, etc)

   Annotatie
   U kunt de landen om een update vragen.

5. Nadere afspraken

6. Datum volgende Ministeriële VC: wordt nader bepaald

287176

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

SG
Zorg en Jeugd Caribisch Nederland
Team B

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e) minvws.nl

Datum
28 april 2020

Aantal pagina's
2

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

verslag

Betreft	
Vergaderdatum en -tijd	28 april 2020 15:00 NL (9:00 Carib)
Vergaderplaats	Webex, zie uitnodiging per mail voor link
Aanwezig	Minister Camelia-Römer (Curaçao), Minister Oduber (Aruba), MP Jacobs (St, Maarten), Wnd. Rijksvertegenwoordiger Helmond, (10)(2e) (10)(2e) (VWS) (10)(2e) VWS) Staatssecretaris Blokhuis (NL), (10)(2e) (10)(2e) (BZK) (10)(2e) (10)(2e) & (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e) (RIVM)
Afwezig	-
Kopie aan	-

Belangrijkst besproken punten:

- Het AUA personeel van AMI is in quarantaine voor 14 dagen, na vervolgens een negatieve test zullen zij opnieuw worden ingezet. Het CUR personeel van AMI is terug naar de VS, hiervoor worden nieuwe personen ingezet. AUA en CUR gaan een protocol en gedragsregels formuleren.
- Medicatie: AUA geeft aan dat ontheffingen en vergunningen lastig blijven bij medicatie (vooral m.b.t. de Opiumwet en de koude lijn). AUA zou graag directe vlucht zien vanaf NL. VWS geeft aan dat het LCCC bezig is om te bekijken of er een "rondje" gevlogen kan worden. CUR blijft probleem met fentanyl pleisters hebben. SXM geeft aan voor 5/6 weken goed te zitten qua medicatie.
- Het parlement van SXM heeft gevraagd om rapid testing, Izzy (CUR) en het RIVM gaan SXM helpen bij beantwoording waarom dit geen "verantwoorde" optie is.
- CUR, AUA en SXM zijn positief over OMT advies. VWS (ZJCN) gaat een opzet maken voor een taakverdeling en in welk tempo deze acties uitgezet moeten worden (korte, middellange, en lange termijn).
- AUA krijgt graag advies van het RIVM over welke sectoren als eerste herpakt zouden kunnen worden.
- RIVM geeft aan dat het OMT om een advies gaat (op wetenschappelijke afwegingen), de verantwoordelijkheid voor opvolgende acties ligt bij de landen zelf.
- RIVM gaat opzoek naar infectieartsen voor de eilanden.

- CUR en SXM zouden graag de samenstelling van het OMT ontvangen van het RIVM.

Afspraken
- Volgend overleg 6 mei 15.00 NL, 09.00 CN tijd.

287176

Huidige bestrijdingsmaatregelen en structurele aanbevelingen

Advies 2e OMT CARIB COVID-19 - 24 april 2020 jl.

Status: Loopt

Huidige strategie

1. Voorkomen van introductie van SARS-CoV-2 door (1) toeristen te weren en (2) mensen verplicht twee weken in quarantaine te plaatsen als ze terug komen naar het eiland

2. De implementatie van 'social distancing'-maatregelen om een eventuele transmissie na (onbemerkte) introductie op een eiland te beperken. Op alle eilanden zijn daarom direct – ook bij een beperkte casuïstiek forse maatregelen toegepast

3. Toepassen van zorgvuldig bron- en contactonderzoek in combinatie met een ruimhartig testbeleid

Structurele aanbevelingen

1. Uitbraak voldoende in beeld en onder controle brengen	
Aandachtspunten:	Er wordt nog onvoldoende getest bij kwetsbare groepen en ongedocumenteerden
Te nemen acties:	Laagdrempelig testen, opzet adequaat monitoring en syndroom surveillance uit HIS

2. Versterking publieke gezondheid	
Aandachtspunten:	Capaciteit publieke gezondheid staat zwaar onder druk
Te nemen acties:	Publieke gezondheid moet op alle eilanden worden versterkt

3. Operationalisering IC capaciteit	
Aandachtspunten:	Apparatuur is nog niet volledig in gebruik, AMI inzet is tijdelijk
Te nemen acties:	In werking stellen IC capaciteit, duurzaam plan voor alternatief AMI (IC personeel uit Koninkrijk)

4. Opstarten electieve zorg	
Aandachtspunten:	Electieve zorg ligt grotendeels plat, medische uitzendingen mogelijk
Te nemen acties:	Opstarten electieve zorg, opstellen gezamenlijk plan ten behoeve van uitbreiding zorgcapaciteit binnen het Koninkrijk

5. Uitbreiden mogelijkheden acute zorg binnen het Koninkrijk	
Aandachtspunten:	Toename acute zorg verwacht, oude routes acute zorg voor langere termijn weggevallen, alternatieve routes zijn fragiel
Te nemen acties:	Mogelijkheden acute zorg uitbreiden en borgen (in aansluiting op plan electieve zorg, punt 4)

287176

Aanvullende maatregelen om te kunnen afschalen (1)

Status:	Loopt	Loopt beperkt	Nog niet

Afschalen intern eilanden

Korte termijn (1-jul)	Actor
Opzetten adequaat monitoring- en surveillancesysteem	**Moh landen, OL'en**
1. Opzetten monitoring van zorgcapaciteit	MoH landen, OL'en
2. Introduceren laagdrempelig testen onder specifieke groepen	MoH landen, OL'en
3. Continueren intensief bron- en contactonderzoek	MoH landen, OL'en
4. Introduceren HIS-gebaseerde syndroomsurveillance	MoH landen, OL'en
5. Moleculaire diagnostische capaciteit beschikbaar stellen op alle eilanden	MoH landen, OL'en, RIVM
Curatieve zorg versterken door operationalisering verhoogde IC capaciteit	**Ziekenhuizen, GGDen, VWS**
1. Benodigde medicatie en PBM	Ziekenhuizen, GGDen, VWS
2. Personele inzet via afspraken tussen de (ei)landen en contracten* (alternatief AMI)	Ziekenhuizen, MoHs, VWS
3. IC apparaten operationaliseren	Ziekenhuizen
4. Saba en Statia, voldoende airambulance capaciteit naar SXM*	VWS
Separate quarantaine- en isolatievoorziening creëren per eiland	MoH landen, OL'en VWS

Midden termijn (31-dec)	Actor
Versterken van de publieke gezondheidszorg	**MoH landen, OL'en VWS, RIVM**
1. Minstens 1 arts infectieziekten bestrijding	MoH landen, OL'en VWS, RIVM
2. Minstens 1 of meer sociale verpleegkundigen	MoH landen, OL'en VWS, RIVM
3. Minstens 1 arts epidemioloog (voor monitoring en surveillance)*	MoH landen, VWS, RIVM
Uitbreiden capaciteit electieve zorg	**MoH landen, OL'en, VWS**
1. Opstarten electieve zorg	MoH landen, OL'en, VWS
2. Opstellen gezamenlijk plan ten behoeve van uitbreiding zorgcapaciteit binnen het Koninkrijk	MoH landen, OL'en, VWS
Uitbreiden capaciteit acute zorg	**MoH landen, OL'en, VWS**
1. Acute zorg capaciteit uitbreiden	MoH landen, OL'en, VWS
2. Acute zorg capaciteit borgen in gezamenlijk plan	MoH landen, OL'en, VWS
Vaststellen besliscriteria voor af- en opnieuw opschalen van maatregelen	Landen, OL'en i.o.m VWS/RIVM
Bindende samenwerkingsafspraken voor ondersteuning eilanden onderling en met Nederland	Landen, VWS
Voorbereiden bevolking op realiteit van lange termijn leven met Covid-19	Landen, OL'en
5. Opleiden en omscholen huidig personeel	Ziekenhuizen
6. 1 of meer anesthesisten, intensivisten en infectiologen	Ziekenhuizen

Lange termijn (2021-22)	Actor
Maatwerkoplossing per eiland voor problematiek ongedocumenteerden	Landen, BZK, JenV
Investeren in Covid-19 vaccinaties indien beschikbaar	Landen, VWS

* Vergt afspraken tussen de eilanden

287176

Aanvullende maatregelen om te kunnen afschalen (2)

Status:	Loopt	Loopt beperkt	Nog niet

Afschalen extern

Korte termijn (1-jul)	Actor	Midden termijn (31-dec)	Actor	Lange termijn (2021-22)	Actor
		Ontwikkelen aangepaste werkwijzen in toeristenindustrie die besmettingsrisico's reduceren	Landen, OL'en, RIVM, EZK	Realiseren behandelcapaciteit en ambulancetransportcapaciteit voor toeristen	Landen, VWS
		OMT voor extra maatregelen voor hervatten toerisme en kwetsbare groepen	Landen, OL'en		
		Maken intern'l afspraken over aanpak uitbraken in cruisescheepvaart	Landen, IenW, RIVM, BZ		

Niet-zorg

Korte termijn (1-jul)	Actor	Midden termijn (31-dec)	Actor	Lange termijn (2021-22)	Actor
		Realiseren van stevig economisch steunpakket	Landen, BZK, EZK		
		Afwachten stabilisatie en afkoeling huidige pandemie, economisch mitigatieprogramma	Landen, BZK		
		In overleg met Nederland en de Wereldbank langetermijnplanning regionale economie maken	Landen, BZK		
		Optioneel: Apart OMT over grote groep ongedocumenteerden	Landen, BZK		

Overkoepelende voorwaarden
Financiële continuïteit ziekenhuizen
Continuïteit personen en goederenvervoer

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

SG
Zorg en Jeugd Caribisch Nederland
Team B

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
11 mei 2020

Aantal pagina's
3

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

agenda

Betreft	
Vergaderdatum en -tijd	12 mei 2020 14:30 NL (8:30 Carib)
Vergaderplaats	Webex, zie uitnodiging per mail voor link
Aanwezig	
Afwezig	
Kopie aan	

1. Opening, mededelingen en verslag vorige overleg (bijgevoegd)

2. Opvolging OMT-advies Cariben

   a. Korte, middellange en lange termijn

Annotatie
- U kunt aangeven dat er afgelopen vrijdag een overleg is geweest met de landen en RIVM over de acties n.a.v. het OMT-advies. Er is een aantal acties van de middellange termijn naar korte termijn verplaatst (zie nieuwe overzicht).

  Belangrijkste aanpassingen in het overzicht:
  - Blok met maatregelen 'versterken van de publieke gezondheid' is naar de korte termijn gegaan. Er wordt minimaal 1 extra van elk type zorgprofessional bedoeld.
  - Bij maatregel 'monitoren zorgcapaciteit' wordt ook bedoeld monitoren zorgcapaciteit tussen de eilanden. Gekeken zal worden wie deze kennisuitwisseling zou kunnen faciliteren. Vraag kwam op of VWS dit kan doen, moeten we nog bespreken.
  - Alle maatregelen rondom toerisme naar de korte termijn gegaan, aangezien politiek op de eilanden al bezig is met afschalen
  - Alle maatregelen zijn genummerd.

  Andere afspraken met RIVM:
  - RIVM houdt voortgang rondom publieke gezondheid in de gaten: maatregelen 1, 3, 5, 6, 12, 13

- VWS houdt voortgang rondom curatieve zorg in de gaten: maatregelen 2, 7, 8, 9, 11, 15
- Overige maatregelen nog niet ondergebracht: 10, 14, 16, 17, 18, 19
- 1x/week spreken RIVM en VWS over voortgang
- Per eiland wordt ook een plan gemaakt over de opvolging van de acties (eerste opzet 13 mei aanleveren).

- Er is een overleg stassen VWS en BZK met (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) geweest. Binnen 2 weken zal er een vraagstelling voor OMT toerisme opgesteld moeten worden. Inmiddels hebben we vernomen dat er op Aruba en Curaçao (Corendon wil Covid proof vliegen op Curaçao) al concrete plannen zijn om eind juni begin juli weer toeristen naar de eilanden te laten vliegen. Kunnen de ministers daar meer over melden en hoe dit samenhangt met de OMT advies (als de zorg nog niet op orde is dan kunnen de eilanden nog niet open voor toerisme)?
- Er is n.a.v. het OMT een bijstandsverzoek van Aruba gekomen om de publieke gezondheid te versterken. U kunt de andere landen vragen of zij ook een dergelijk verzoek in voorbereiding hebben. Versterking van publieke gezondheidsdiensten zou idealiter wel in samenhang (bv bovenwinden en benedenwinden) bezien moeten worden. Met RIVM is afgesproken dat zij in overleg met de zes vertegenwoordigers (alle eilanden) diensten publieke gezondheid een voorstel gaan ontwikkelen waarbij het uitgangspunt is om de versterking per eiland in samenhang en samenwerking te bezien. Dit komt vervolgens weer terug in de Ministers VC.

- U kunt vragen of er nog opmerkingen zijn.

b. Duurzame samenwerking ziekenhuizen acute en electieve zorg: ontwikkelen plan om zorg binnen Caribisch deel Koninkrijk onderling te waarborgen.

Annotatie

- Vorige week hebben we gesproken over de samenwerking ziekenhuizen binnen het Koninkrijk. Hierbij zijn 3 vraagstukken te onderscheiden:
    1) Financiële situatie ziekenhuizen
    2) Toegang acute en electieve zorg in het hier en nu
    3) Toekomstige samenwerking verdeling specialismen tussen ziekenhuizen.

- Om inzicht in de situatie rondom de ziekenhuizen te creëren zal een bilateraal overleg tussen stas VWS en ministers van de landen georganiseerd worden. Ambtelijk zullen deze gesprekken voorbereid worden op basis van de gesprekken (idealiter volgende week) met de ziekenhuizen. N.a.v. deze gesprekken zal een plan voor samenwerking ziekenhuizen Koninkrijk geschreven moeten worden.

3. Samenwerking acute zorg en IC capaciteit: update.

a. Stand van zaken omtrent gereedmaken beademingsapparatuur

Annotatie
- U kunt aan Curaçao, Aruba en Bonaire vragen of de appratuur is aangesloten. Onze indruk is dat Curaçao en Aruba inmiddels redelijk op weg zijn. Bonaire is nog niet ver gevorderd.

b. Update contracten AMI

Annotatie
- Contract Sint Maarten is verlengd.
- Team Aruba is nu een week in quarantaine: u kunt vragen naar de ervaringen van Aruba tot nu toe.
- Team Curaçao is in vorming. Uitgangspunt is dat het nieuwe team aanstaande vrijdag arriveert op Curaçao.

c. Tertiaire zorg

Annotatie
Graag aandacht vragen voor het beantwoorden voor de openstaande vraag van (10)(2e))((10)(2e) repatriëring uit Colombia.

"Ik schrijf om aandacht te vragen voor het volgende. Colombia heeft grote zorgen over tientallen patiënten, al dan niet met familieleden, die in Colombia na behandeling achterblijven. Uitbehandelde patiënten stuiten op allerlei belemmeringen om weer terug te keren. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat uitbehandelde patiënten weer terugkeren naar het land waarin zij ingezetene zijn. Gisteren heeft de Colombiaanse viceminister van Buitenlandse Zaken hierop aangedrongen bij de ambassadeur in Bogota. Die heeft een koppeling gelegd met het beroep dat wij op Colombia doen voor zorg waarvoor we Colombia hard nodig hebben. Het behoeft geen betoog dat wij niet op de bereidheid van Colombia om patiënten op te nemen kunnen rekenen als dat niet land er niet op kan rekenen dat ingezetenen van het Koninkrijk niet terugkeren".

4. Actualiteit per land: casussen en relevante maatregelen tot nu toe (huiselijk geweld, kwetsbare ouderen, etc)

Annotatie
- U kunt de landen het woord geven om de situatie te beschrijven.
- U kunt (10)(2e) het woord geven over de cijfers in Nederland

5. Nadere afspraken

6. Datum volgende Ministeriële VC: wordt nader bepaald

Q: Kan de binnensport ook niet eerder open?

- Binnen sporten vormt een te hoog risico en daarom durven we eerdere opening niet aan
- De binnensport geeft aan mogelijk met aanvullende maatregelen dit risico te kunnen reduceren zodat de datum van 1 september mogelijk wel naar voren kan
- Ik zal dit voorleggen aan het OMT, op basis waarvan het kabinet een besluit neemt
- Waarbij opgemerkt is dat hun afweging gemaakt wordt binnen een totaal beeld in de Nederlandse context en we nadrukkelijk varen op hun advies
- Want de situatie is broos en we willen voorkomen dat het eerder versoepelen van maatregelen leidt tot nieuwe besmettingen met het virus

287181

Aantekeningen 7 mei

Terugblik persco

Stuurgroep:
- stavaza financiële regelingen. Vraag VNG. Het stagneert. Met (10)(2e) besproken voorbereiding VNG ALV voor jeugd en wmo. Notitie vanmiddag naar (10)(2e)
- speciaal plan voor mensen met een beperking. Dit moet een keer geagendeerd worden in de stuurgroep.
- bezoekregeling VGN. Het mag wel, maar niet iedereen doet het.

Stuurgroep ZvdJ

- JZ NL: voor jeugdhulp verandert weinig, maar voor werkgevers misschien wel. Hoe ga je om met personeelsbeleid in tijden van corona (bv. vakantie opnemen). Dat gaan we actiever doen.
- (10)(2e): bij het Rijk wordt benadrukt dat mensen vakantie moeten opnemen. Let daarop als werkgever.
- (10)(2e): wij zijn verbaasd dat er voor ons niks verandert. Niks over bezoekregeling en dagbesteding. Onrust in de achterban.
- VGN: onder 12 is bezoek nu toegestaan. Wat doen we met 13-18? Wat is de route?
- (10)(2e): we vragen hier al 2 weken aandacht voor. Hoe gaan we van Nee, tenzij naar Ja, mits. Het is niet alleen vervelend, maar er ontstaat schade. We moeten hier de ruimte pakken.
- (10)(2e) volgende stap kun je zetten. Wat is hiervoor nodig? Je mag een redenering op papier zetten en deze voorleggen.
- Hopelijk dat OCW kan toelichten hoe ze dit willen in het voortgezet onderwijs.
- AKJ ((10)(2e)): net vragenlijsten uitgezet bij vertrouwenspersonen. We zien dat het goed gaat bij groepen waar duidelijk dagstructuur is. Maar bij andere groepen niet, vooral qua sporten. Vragen of ze contact kunnen hebben met ouders of met verlof mogen. Wat nu wel mogelijk is (volgens NJi website) wordt niet altijd gedaan. Vertrouwenspersonen vinden het lastig om het signaal goed te bespreken met de instelling en info van NJi-website bespreken. De vertrouwenspersonen hebben wel alle NJi-informatie.
    - (10)(2e) Geef aan als een specifieke organisatie te weinig aanbiedt bij JZ NL
    - (10)(2e): 'ik laat je niet alleen'. We zien geen toename over aantal afzonderingen.
    - (10)(2e): we ontvangen ook signalen, maar dat hou je altijd een beetje. Wel moeten we kijken welke instellingen krampachtig vasthouden. Daarmee moeten we constructief in gesprek gaan. Laat jongeren meedenken. Er zijn veel impliciete veronderstellingen en verwachtingen. Dat moeten we doorbreken. Bij MIND willen we dit doen, maar misschien willen anderen meedenken.
    - (10)(2e): NJi is daar ook volop mee bezig. Doen we graag samen.
-

Acties:

- VGN: voor bijzonder vervoer de lijn doortrekken van OV en mondkapjes. Zal enorm schelen voor dagbesteding. (10)(2e) pakt op
- Hoe verder na 1 juni qua financiën?
- Punt 12-18 wordt door NVK geagendeerd in het OMT.

Aantekeningen OTCB 1 mei

1) Update vanuit overleg met minister:
- Nieuwe programmastructuur met minister besproken. Wordt een grote groep.
- App is er nog niet bij de persco (13 mei). Ze hebben goede hoop op digitale ondersteuning, mogelijk met een app.
- Brief naar koepels over langdurige en curatieve zorg. Informatie over beschermingsmiddelen.
- Brief dat leveranciers ook mogen leveren naar partijen buiten de zorg

2) Testen, bron- en contactonderzoek:
- Minister overleg met GGD en RIVM
- Per 1 juni mag iedereen testen die (lichte) klachten heeft. Ruim 30.000 testen per dag. Is gebaseerd op aantal mensen met lage luchtwegklachten (redelijk stabiel afgelopen paar jaren).

3) Inbreng vanuit Jeugd:
- handreiking dagbesteding en dagopvang voor kwetsbare kinderen
- NJi website trekt ruim miljoen bezoekers per maand. Dagelijkse bijgewerkt met nieuwe Q&A's. Wij zijn nog aan het zoeken naar gerichte communicatie activiteiten voor kinderen en jongeren. Er is veel verwarring bij kinderen, veel vragen naar het NJi
- sport en bewegen verbreden naar scouting en andere jongeren organisaties
- concept position paper van jeugddomeinen.

Volgende keer dag ervoor mailen naar DCC.

4) Wekelijks overleg minister VWS en DPG-en
- Begon als een bijpraatmoment over bedden, maar is over tijd belangrijker en breder geworden. PG heeft een document gemaakt om het doel, deelnemers en voorbereiding inzichtelijk te maken voor iedereen.

5) Vaccinontwikkeling
- Internationaal samenwerken blijf de hoofdlijn, maar bewindspersonen willen ook eigen productie. Aanbieders bieden zich aan. VWS reserveert productiecapaciteit bij verschillende bedrijven.
- Deze financiële impulsen worden nu ook met minfin besproken.
- Adviesaanvraag bij GR: hoe prioriteer je de verspreiding van vaccinatieontwikkelingen?
- Vaccinvertraging doordat ze niet weten op wie ze moeten testen die groot risico loopt op besmetting zonder mensen aan te moedigen dat ze expres zich laten besmetten.
- Pledge event om gezamenlijk geld in te zamelen voor vaccinontwikkeling.
- Belangrijkste voorstel van gezamenlijk inkopen (Joint Procurement) is dat je niet achteraan in de rij staat.

6) OMT-adviesaanvragen
- LZ- verruimen bezoekregeling. We zijn nog in gesprek met veldpartijen, dus dit kan nog wijzigen.
- RVS komt met ongevraagd advies. Deze ligt nu voor reactie bij verschillende plekken in het departement. Aankomende zondag wordt dit in Buitenhof gepresenteerd. Daarna hebben we een reguliere reactietermijn.

7) Internationaal beeld

Besluitenlijst
Aandacht voor TK-brief
GMT levert tekst aan over monitoring geneesmiddelen
Brief leverancier dat ze mogen leveren buiten de zorg
PG roept op om onderwerpen aan te leveren bij DGP
Pledge-event
PG ontvangt reactie op OMT-adviesaanvraag graag voor 10 uur bij (10)(2e)

Aantekeningen overleg Kwaliteit LCH/iSZW/VWS

Vrijdag 1 mei 2020

1. Voorstel voor gewijzigde website tekst Inspectie SZW (bijgevoegd) . Essentie: niet langer alle meldingen van potentiële marktpartijen naar LCH. Meldingen 2020/403 van potentiële marktpartijen pbm's kunnen rechtstreeks naar Inspectie SZW (via link naar meldingenformulier). Akkoord zo?

Omdat er vaste leveranciers zijn bij LCH, is het logischer om alle andere partijen weer langs iSZW weer te geleiden.

2. Bijgevoegd de tekst die is te gebruiken voor het doorverwijzen van potentiële marktpartijen door LCH of RIVM (met link naar aangewezen NOBO's/ CBI's en geaccrediteerde testlab's) naar Inspectie SZW;

Tekst opgesteld vanuit iSZW voor meldingen die bij RIVM/LCH die niet meer opgepakt worden; deze tekst kan gebruikt worden dat mensen de juiste weg vinden om meldingen ed.
LCH kijkt hier nog even naar. Het gaat om partijen die PBMs willen aanbieden; die nog niet CE hebben.

3. Technische briefing LCH aan Kamer op 30 april. Niet langer tekort aan ademhalingsbeschermingsmiddelen. Vaste leveranciers. Mooi ☺. Consequenties voor:
   a. Mandjes ?
   b. Hergebruik (na sterilisatie met stoom of peroxide) ?

Mandjes houden we; hergebruik kijkt VWS met RIVM.

4. Ter info: IGJ, NVWA en Inspectie SZW werken samen aan tekst over mondneuskapjes. Welke eisen. Wie is toezichthouder. Mondneuskapjes die niet vallen onder Verordening PBM of richtlijn Medische hulpmiddelen, vallen onder richtlijn Algemene productveiligheid (waarvoor NVWA toezichthouder is).

   IGJ/NVWA/iSZW komen met een gezamenlijke tekst voor mondmaskers.
   Actie (10)(2e): vragen hoe inspecties tekst OMT advies ontvangen (en LCH ook?)
   Nu bestelt iedereen type IIR, dat is eigenlijk niet nodig voor iedereen, volgens LCH. Dit staat echter in de richtlijnen van RIVM. Vraag is wel neergelegd bij LCI. Maar nog geen antwoord.

Isolatiejassen: wachten op advies FMS over spatbestendigheid. Factsheet over jassen is in ontwikkeling.

(10)(2e) laatste dag, opvolger wordt volgende week bekend.

Dit overleg verplaatsen naar donderdag ochtend om 11:00. Volgende week niet, maar de week erna week.

- Aantal vragen gesteld aan (10)(2e): inzicht in mandjes en welke producten nu wel/niet CE gecertificeerd zijn.

Donderdag 14 mei 2020
1 Ontwikkelingen wat betreft kwaliteit en proces
- Maskers

Nieuw advies op rijksoverheid wie/wat/wanneer. Dat is nu voor zowel mondmaskers als brillen en schorten.
- Schorten

De terminologie blijft lastig.
Proces inkoop is in kaart gebracht. Afkeur moet terug naar leverancier (en geld terug). 6&7 gaan terug, evt. met creditnota. Het kan in bepaalde gevallen (goede leverancier, maar nu 1 slechte batch) kan toch gewoon bepaald worden. Mandje 3&4 kunnen nu niet meer in zorg gebruikt kunnen worden. Nu voldoende die in mandje 1&2 vallen, waarmee mandje 5 on hold wordt gezet.

Voor consumenten is (afgekeurde FFP) mogelijk; maar niet wenselijk, want het moet toch nergens aan voldoen.
En wat betreft FFPx in andere sectoren zou het mogelijk zijn, maar alleen indien er echt schaarste is. Daar heeft (10)(2e) n op dit moment geen informatie over.

Advies gekregen kennisinstituut FMS
Gaat over waar jassen aan moeten voldoen/op welke elementen moet je testen (maatvoering, scheurbestendigheid en spatbestendigheid). Handig voor inkoop en testteam kwaliteit. Wordt nu al uitgevoerd.
Gaat vooral ook over de lekbestendigheid van de naden (met name onderarm).
Hoeveelheid: men probeert zoveel mogelijk in te kopen; maar men zit nog krap.
Er is veel in bestelling; maar is er nog niet.

2 Nieuwe initiatieven
Deze week wordt de nieuwe scopelijst uitgewerkt. Zal voornamelijk te maken hebben met schorten (terminologie). Zullen geen nieuwe bij komen. Er wordt wel gestreefd om zoveel mogelijk binnen EU te produceren. Dit wordt nu getrokken via EZK.

De neusclip is echt een uitdaging.

Deze week wordt nu goed opgezet hoe de verdeling tussen mandjes en uitlevering en inkoop is.

iSZW gaat naar EZK om te kijken of hergebruik met UVlicht wel goed is – hiermee zou dat weer onder de conformiteitsbeoordeling kunnen vallen, als dat hele proces kunt doorlopen.

3 Doorverwijzen van meldingen naar iSZW
Krijgt LCH nog meldingen binnen die doorverwezen moeten worden naar iSZW? (10)(2e) checkt dit na.

4 Scope LCH
LCH koopt in voor cure en care en niet voor andere sectoren.

Defensie koopt in voor Rijkoverheid.
Er is ook een werkgroep voor PBM's in andere sectoren: (10)(2e) gaat hier navraag bij doen en koppelt terug aan (10)(2e)

5 Wvttk
Korte discussie over de standpunten van toezichthouders over wat er mag gebeuren met.

Volgende week is het Hemelvaart, dus over 2 weken volgende.

Geachte heer (10)(2e)

Volgend op ons eerder mailcontact hierbij mijn reactie op uw vragen en suggesties.

Mijn antwoord is drieledig.

Ten aanzien van uw visie op het benodigde beleid, kan ik u zeggen dat het kabinet alle mogelijke scenario's bestudeert en daarin grondig te werk gaat. Uiteindelijk is het aan de politiek te besluiten welke weg wordt ingeslagen. In de tussentijd is en blijft het LCH voortvarend bezig met inkoop en productie van persoonlijke beschermingsmiddelen en de distributie daarvan. Binnen de nu geldende richtlijnen voor gebruik van PBM (zoals u weet op basis van besmettingsrisico) wordt aan de vraag naar PBM voldaan.

Ten aanzien van uw aanbod te bemiddelen bij het verwerven van persoonlijke beschermingsmiddelen heb ik van het LCH begrepen dat u uw aanbod ook daar hebt ingebracht. U heeft daar een aantal suggesties gedaan. Daarvoor onze hartelijke dank. Wij waarderen de vele suggesties die wij ontvangen, en het meedenken met ons om onze professionals in de zorg te voorzien van voldoende beschermings- en hulpmiddelen. Zo zorgen we er samen voor dat zij hun werk goed en veilig uitvoeren. Samen met uw suggesties heeft u ook een aantal producten aangeboden. Namelijk ICU ventilatoren en bloedtesten. Deze producten vallen echter niet binnen de scope van het LCH, en worden daarom niet centraal ingekocht.

Daarnaast heeft u een aanbieding gedaan van UV sterilisators. Zoals het LCH u in een mail heeft verteld, kan het LCH geen gebruik maken van uw aanbod. Om te kunnen garanderen dat er producten worden geleverd waarmee zorgprofessionals veilig kunnen werken, worden er producten ingekocht die van goede kwaliteit zijn én voldoen aan de door de RIVM opgestelde richtlijnen. Dat is bij uw product helaas (nog) niet het geval, zoals u voor de UV sterilisators in de update van uw artikel ook al aangaf. Zie voor meer informatie en welke producten er door het LCH centraal worden ingekocht: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/zorg/beschermingsmiddelen.

Ten aanzien van uw vraagtekens bij de richtlijnen van het RIVM en uw suggesties voor hergebruik het volgende:

Het Landelijk Coördinatie Infectieziektebestrijding van het RIVM heeft halverwege maart een advies opgesteld voor het zorgvuldig gebruik van mondmaskers in de zorg omtrent Corona, welke door het Outbreak Management Team is goedgekeurd. Inmiddels is hierover ook een artikel gepubliceerd in het NTVG: https://www.ntvg.nl/artikelen/rationeel-gebruik-van-ademhalingsbeschermingsmaskers , met een onderbouwing hiervan.

Bij het opstellen van dit advies zijn verschillende inhoudsdeskundigen betrokken vanuit relevante expertises (o.a. de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie en VHIG). Uitgangspunt voor de keuze van een masker is dat een masker gezondheidsmedewerkers adequate veiligheid moet bieden bij de verzorging/behandeling van een patiënt met COVID-19 waarbij de keuze draagbaar en functioneel moet zijn en er niet onnodige extra veiligheidsmaatregelen genomen worden. Hierbij is er specifiek gekeken naar de feitelijke risico's van Covid-19. Daarnaast dient altijd gekeken te worden of dat het beschermingsniveau aansluit bij de uit te voeren handelingen. Meer informatie hierover vindt u via bijgaande link:
https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2020/04/11/factsheet-verdeling-pbm/Wanneer+is+welk+mondmasker+nodig.pdf

Bepaalde normen voor mondneusmaskers van buiten de EU (o.a. China en de VS), zijn gelijkwaardig aan de Europese norm EN-149:2001+A1:2009 voor FFP2- en FFP3-mondneusmaskers. Dat is de conclusie van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), na overleg met de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het RIVM.

Het gaat om de volgende gelijkwaardige normen:

• De Chinese GB 2626-2006 norm (opgevolgd door de GB 2626-2019 norm) voor de mondneusmaskers KN95, KP95 (FFP2) en KN100, KP100 (FFP3) zijn gelijkwaardig aan EN 149:2001+A1:2009;

• De Chinese GB 2626-2006 norm (opgevolgd door de GB 2626-2019 norm) voor het mondneusmasker KN95 is daarnaast gelijkwaardig aan de NEN-EN 14683:2019 wanneer het KN95 masker als chirurgisch mondmasker op de markt is gezet.

• De Amerikaanse NIOSH 42 CFR 84 norm voor de maskers N95, P95, R95 (FFP2) en N100, P100, R100, P99, R99 (FFP3) is gelijkwaardig aan EN 149:2001+A1:2009.

Of de maskers met gelijkwaardige normen van buiten de EU ook van voldoende kwaliteit zijn, beoordeelt, in opdracht van het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH), het RIVM in samenwerking met de inspectie SZW

De adembeschermingsmaskers en chirurgische mondneusmaskers die op dit moment op de markt zijn bedoeld voor eenmalig gebruik. Hergebruik is daarom niet zomaar toegestaan, omdat hiermee feitelijk een nieuw product ontstaat. Vanwege de schaarste heeft het RIVM een pilotonderzoek uitgevoerd en vond een herverwerkingsmethode die tot een acceptabele kwaliteit leidt van herverwerkte mondmaskers. Dit geld alleen voor FFPx maskers en niet voor chirurgische mondneusmaskers. Het herverwerken van deze maskers is echter alleen toegestaan in uiterste nood en in het kader van Covid-19. Het is mogelijk om een mondmasker op de markt te brengen dat bedoeld is voor meermalig gebruik. Hiervoor zal dan wel aan alle veiligheids- en prestatie eisen voor de markttoelating voldaan moeten worden.

Dank voor uw betrokkenheid.

Met groet,

(10)(2e) (10)(2e)

287209

APPRECIATIE GEWIJZIGDE MOTIE LID- (10)(2e) TER VERVANGING VAN NR 258

MOTIE

De Kamer

Gehoord de beraadslaging,

Constaterende dat het kabinet op 21 april besluiten heeft genomen over de genomen maatregelen om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan;

Overwegende dat het kabinet daarvoor drie ankerpunten heeft beschreven en daarbij (wetenschappelijke) onderzoeken, gegevens en adviezen zijn meegewogen;

Verzoekt de regering, het afwegingskader en de gebruikte adviezen waarvan besluiten zijn genomen ten aanzien van de maatregelen van de lockdown met de Kamer te delen.

En gaat over tot de orde van de dag.

(10)(2e)

APPRECIATIE: ONTRADEN

- Ontraden vanwege het woord 'afwegingskader'
- De heer (10)(2e) lijkt op zoek te zijn naar een soort handleiding die ons precies lijkt te vertellen welke maatregelen op welk moment genomen moeten worden.
- Zoals ook geantwoord op de vragen van dhr. (10)(2e) op dit punt: het nemen van maatregelen of het afschalen daarvan is telkens een integrale politieke afweging.
- Dat is niet in beton gegoten. We bekijken alle pro's en cons in samenhang met elkaar.
- Tot slot: als het gaat om de gebruikte adviezen. De OMT-adviezen zijn telkens met uw Kamerbrief gedeeld.

APPRECIATIE GEWIJZIGDE MOTIE LID- (10)(2e) TER VERVANGING VAN NR 258

MOTIE

De Kamer

Gehoord de beraadslaging,

Constaterende dat het kabinet op 21 april besluiten heeft genomen over de genomen maatregelen om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan;

Overwegende dat het kabinet daarvoor drie ankerpunten heeft beschreven en daarbij (wetenschappelijke) onderzoeken, gegevens en adviezen zijn meegewogen;

Verzoekt de regering, het afwegingskader en de gebruikte adviezen waarvan besluiten zijn genomen ten aanzien van de maatregelen van de lockdown met de Kamer te delen.

En gaat over tot de orde van de dag.

(10)(2e)

APPRECIATIE: ONTRADEN

- In eerdere debat op 16/4 heb ik al aangegeven naar maximale transparantie en verantwoording te streven.
- Echter, de heer (10)(2e) lijkt op zoek te zijn naar een soort handleiding die ons precies lijkt te vertellen welke maatregelen op welk moment genomen moeten worden.
- Zoals ook geantwoord op de schriftelijke vragen van dhr. (10)(2e) en beschreven in de Kamerbrief van 6 mei: het nemen van maatregelen of het afschalen daarvan is telkens een integrale politieke afweging.
- Daarin betrekken meerdere bronnen, zoals de OMT-adviezen, het SCP (Zicht op de samenleving in coronatijd) en de Tijdelijke Werkgroep Sociale Impact (o.l.v. (10)(2e) (10)(2e)).
- Die afweging is niet een in beton gegoten aanpak. We bekijken alle pro's en cons in samenhang met elkaar.
- Om die reden dus: ontraden

BAO 4 Mei

Punt 2: r0 onder 1, maar denken niet dat uitsterft

Contactberoepen en OV: verschillen mbt triage. Beide 1.5m niet te handhaven. Uitvoerig hebben gesproken nut mond-neusmaskers. Conclusie is dat medische mond-neusmaskers beperkt moeten worden tot zorg, bij niet-medisch wel.
OMT adviseert dat er toch een toepassing zou zijn en gaat zich niet op verzetten, zal ook geen positief advies op benoemen. En ook nog denken aan faceshields voor beroepsgroepen die ook risicogroep zijn. OV: om de ander te beschermen gebruik mond-neusmasker van niet medische aard zou je kunnen toelaten. Is aan politiek of advies/dringend advies of verplichting. Bij conductuers ook zo. Of facesshield voor buitengewoon kans
kappers: kunt zekerheid verhogen voor niet besmetten klant dmv mondmaskers en evt. faceshield

Actiz: het volgende advies, ik snap de overweging (10)(2g)
(10)(2g)

(10)(2e): zorgsetting/nietzorg is verschil goede triage te doen. Dat maakt het onderscheid, vandaar dit advies.

Actiz: wetenschappelijk snap ik dat, (10)(2g)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2g)
(10)(2g)

Vws: wat voor advies zou je eraan willen verbinden?

(10)(2e): als er sprake is van vermoedens/onrust dat je daar op moet blijven focussen op comm.

(10)(2e): constateren dat als het gaat schuiven, dat het gebruik chirurgische mondmaskers ook gaat schuiven, en dat gebruik hoger

(10)(2 (10)(2e): gaat om goed werkgeverschap, (10)(2g)

(10)(2e) SZW: hoor: (10)(2g) en triage is mogelijk, hoor ik dat kappers ook organisatorische maatregelen gaan nemen. Daarbovenop zou je evt. mondmasker doen, maar is niet ons advies.

(10)(2e): allemaal goed hoor, bij OMT hebben we opdracht wetenschap interpreteren, feasibility is BAO/VWS zaak.

(10)(2e): arbeidsmigranten:

(10)(2e): privégeregeld vervoer valt niet onder dit advies, moeten we apart naar kijken. Bij OV hebben we deze overwegingen.

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2g) Als wethouder wordt ik benaderd door zorgpersoneel om voldoende materiaal te geven. Als een kapper met een mondkapje gaat werken, moeten dan niet alle thuiszorgmedewerkers dat ook?
(10)(2g)

Vws: Als je dan iets zou willen, organiseer dan iets dat te maken heeft met niet medische capaciteit, dus spatschermen of mondkapjes, jullie zeggen vanuit medisch dat het lastig is, want verschil tussen beide krijg je niet zomaar uitgelegd, let op dat verschil uitleggen

Testbeleid:
voorstel gekregen vanuit VWS, (10)(2g) Deels zelf in de hand. Zijn geen principiele zaken genoemd die anders zouden moeten. Hebben dingen mbt testbeleid/monitoring versoepeling en BCO dat goedgekeurd is door OMT.

Context: zoeken naar goede samenhang testen, surveillance en BCO en BCO/surveillance uitbreiden en met deze dingen zoeken naar potentiele besmettingsrisico's.

(10)(2e): aanpak ggd'en rondom BCO wordt geïntensiveerd?
(10)(2e) bij verpleeghuisbewoners weinig BCO en zorgmedewerkers wel, instellingen doen het soms ook zelf voor inventarisatie en onderdeel GGD contactonderzoek.

(10)(2e): NL huisartsen: reguliere werk wordt weer opgepakt, dus druk hoger, nl'se bevolking onduidelijk hoe teststraat bereikbaar is, en openbaar maken. Aan nl'se bevolking duidelijk maken dat testen niet door huisartsen.

(10)(2e): testbeleid voor publiek is niet aangepast, alleen voor scholen e.d. dus huisarts beslist wel wanneer getest wrodt. Afspraak van 23-4 blijft van kracht

Vraag?
(10)(2e): nu geen bezoek toegelaten, dus alleen besmetting tussen patiënten en verleners, omdat alleen contact tussen die twee. Voor verpleeghuismedewerkers hebben wel contacten dus die bco'en we wel.

Als er 4 mensen op een kamer liggen en die hebben daar altijd al gelegen, dan zijn die al meteen hoogrisicocontacten dus daar hoef je dan geen onderzoek naar te doen.

(10)(2e): beroepen die voor versoepeling in aanmerking komen kunnen getest worden in teststraten, allleen in of ook buiten zorg?

(10)(2e) ook buiten, ook al voor boa's en politie,

(10)(2e): ouderenzorg: document en bijlage besproken. Firenzo bijlage met name aandacht. Zouden ze graag zien toegevoegd aan oorspronkelijke document. Advies was om bijlage serieus te nemen en onderdeel van document te nemen, en werd uitgegaan dat in alle regio's gestart zou wroden met de regeling terwijl firenzo fasering suggereert, hebben we meegegeven om te faseren, gezien pilots vorige week al gestart zijn. verder opmerking gebruik mondneusmaskers, eerst gekoppeld aan cohort. Wens uitbreiding naar hele huis voor pilot-deelnemers, is (10)(2g) maar kan gedaan worden als onderdeel van studie. Advies om bijlage te integeregen met protocol vws en gebruik maken van Hygienisten om te kijken naar hygiene in huizen.

(10)(2e) (10)(2e): ben aan het kijken wat het exact betekenkt, ben nu zoekende wat betekent dat geïntegreed wordt in document

(10)(2e) willen het concreten zichtbaar hebben

(10)(2e) (10)(2g)
(10)(2g)

(10)(2e): heb dringend behoefte om meer te weten wat in document staat, als ik goed begrijp veel praktische handvatten in, die wij kunnen gebruiken, is het mogelijk dat dat gedeeld wordt?

VWS: hoor mensen zeggen dat stuk dat er ligt, de opstellers van het stuk hoe we het kunnen aanpassen en kunnen delen, (10)(2g)
(10)(2g)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e): heb advies ferenso gelezen, leidt tot toename gebruik mond-neusmaskers

(10)(2e): hele mooie bijlage, maar niet dat stuk over gebruik PBM buiten cohorten.

(10)(2e): batches: 0&1: zijn doorgerekend in modellen, ziet gunstig uit, levert wel nieuwe infecties op, maar wel ruim onder eerder gestelde kader IC bedden.

(10)(2e): (10)(2g) ziet lichte stijging, wat zijn onze verwachtingen?

(10)(2e) stijging niet duidelijk te wijten aan scholen, als denemarken nu verhoging van R0 ziet, dan kan dat niet aan scholen liggen. Ook contactberoepen open, mogelijk dat, maar hebben nav dit gebogen over monitoringprotocol zodat we zsm weten als het misloopt. (10)(2g) onzeker hoe we dat moeten interpreteren op dit moment.

(10)(2e): we zien versoepeling social distancing, modellen rekenen door met wat we hadden, wordt wel een punt. Proberen we te kunnen volgen met telefoondata, actueel te kijken hoe algemeen follow-up is op 1.5m e.d. is een opgave, blijven schattingen.

(10)(2e): zorgen om golfjes.

(10)(2e): hebben geadviseerd om vpks e.d. zsm gebruik maken van vrije tijd. Verwachten nu dat aantal basismaatregelen. Hadden seeding met carnaval, nu niet, omdat evenementen afgelast zijn, verwachten niet dat zo snel gaat toenemen, maar blijft zorg om bovenop te blijven zitten om tijdig op te vangen.

(10)(2e): voor partijen in veld staan nogsteeds op hoogspanning

(10)(2e): comm: social distancing te blijven benadrukken.

(10)(2e): is utopie dat ic's nu vakantie kunnen houden allemaal, tot nu toe kunnen ze echt nog geen vakantie nemen

Iemand: kan nog geen sprake zijn van inhaalzorg waar nog uitrusten moet gebeuren

(10)(2e): doet rivm onderzoek naar ophoping bij stoplichten? En fietsers?

(10)(2e) vooralsnog kun je 1.5m volhouden in openbare ruimte. Gebruik mond-neusmaskers niet-medisch is alleen in OV. Bij contactberoepen omdat het niet anders kan maar daarbij beperken.

Verruiming publieke ruimte: het vrijgeven van terassen bij horeca.

(10)(2e): hebben ons gehouden bij batchindeling van VWS, hebben nu niet gekeken naar batch 2 of 3,

VWS: jaap zegt altijd geduld te hebben in berekeningen, in belastbaarheid en besmettingsrisico's.

ISZW: volgende keer toch het verzoek de leden van het BAO te voorzien van documenten.

VWS: gaan we proberen voor de vws documenten

(10)(2e) ook voor ons zou enige fasering prettig zijn

VWS: dit is wat we al probeerden, snap dat dat moelijk is

(10)(2e): pleiten bezoekregeling, veel vpk en verzorgenden (10)(2g) (10)(2g)

(10)(2e): adviezen besmettelijkheid. Fms leidraden.

(10)(2e)?

(10)(2e): scheef beeld

(10)(2e): is besproken om die reden, zitten fms leden in omt, proberen consistent blijven, dus uit dat oogpunt zijn de stukken meegenomen.

287218

Afstemmingsoverleg 6 mei 2020

Brief

- Ivm de volgorde van onderwerpen en leesbaarheid is besloten om aan de inleiding toe te voegen: een leeswijzer, de twee inforgraphics van DCo en de kernboodschap. Verder wordt de huidige volgorde brief van de brief aanhouden.
- Stuk over mondkapjes wordt ingeleid met het OMT advies. Dan komt een kader waarin de redeneerlijn van de regering staat:
  1. Meeste kapjes zorg
  2. Andere sectoren; daar waar afspraken gemaakt kunnen worden en/of triage zijn geen kapjes nodig. Contactberoepen met andere soorten PBM werken.
  3. Daar waar geen afspraken gemaakt kunnen worden en geen triage mogelijk is, verplichten we kapjes: dit is allen bij het OV specifiek voor de reizigers (geen verplichting voor de werknemers)
- We moeten opletten dat we niet te makkelijk doen over wat de zorg wel aankan – daarvoor de toon zoals in de speech gebruiken.
- Er moet een Q&A met een instructie komen over welke mondkapjes er nodig zijn voor de burger in het OV. Ivm details zoals gebruik materialen nu aangeven dat we deze einde week op de site plaatsen. Dit moet worden afgestemd met MVWS.
- Besproken aanpassingen in de brief:
  - Toonzetting van de gebruikte tekst uit Catshuis is niet passend, moet worden herschreven met gebruik van de tekst voor de persco.
  - Gedragsadviezen; eind vd dag geconsolideerde gedragsadviezen in een kader zetten
  - Blz 3 over dat het vervangen van het advies 'blijf zoveel mogelijk thuis': daarbij toevoegen dat dit per 11 mei zal zijn
  - Testbeleid zoals voor dit overleg besproken – sluit (10)(2e) met kort met (10)(2e)
  - Aggregatieniveau uitvoeringsinformatie testen aanpassen
  - Apps: belastingdienst hier niet noemen en daarnaast korter en duidelijker maken wat we gaan vragen; thuischeck en track& trace. Meer in tijd plaatsen wanneer we opdracht geven en wanneer weer TK informeren.
  - Monitoren effecten herbenoemen in bv. early warning. DCo denkt mee over betere term.
  - Kwetsbare mensen zijn uitgesplitst in categorieën - daarbij ggz toevoegen.
  - Blz 31. (10)(2e) toevoegen wat is er verruimd in de guideline.
  - Let op bij de verwijzingen; het minimum zat in week 12 en niet in 13.
  - Aangeven dat de extra bedden nodig zijn totaan vaccin (ipv 3 jaar benoemen).
  - Tekst van SG AZ over economen clubs naar voren halen
  - Bedden buiten de ic, calculatiemodel ggd afgelopen maandag, meenemen in brief.
  - Paramedie zijn contactberoepen maar is ook zorg, (10)(2e) werkt daarvoor een tekst uit
  - Gedragsadviezen PM tot na Mccb

- Iedereen gebruikt de versie van gisteravond voor verwerken aanpassingen, en de deadline voor aanleveren van afgestemde versies vanuit de DG kolommen is 14 uur.
- (10)(2e) organiseert gesprek met de bonden en MMZS vanmiddag over het vervolgproces rondom huishoudelijke hulp en mondkapjes.
- Start nationale vaccinatiecampagne specifiek voor corona ligt bij Hugo. Andere vaccinatiecampagnes blijven bij stas.

Mccb

- Om 12 uur wordt besproken hoe te zorgen voor duidelijkere sportregels ipv nu aangedragen aantal van max 10. Groepsgrote is een punt wat vanuit handhavingsperspectief wordt ingebracht maar is vooral in de openbare ruimte van belang, bij andere zaken als sporten gaat het meer om verantwoordelijkheid nemen en gezond verstand. Daarbij steeds de 1,5 m en goede hygiëne benadrukken.
- tekst bij ankerpunten en het voldoen aan voorwaarden; is inmiddels aangepast. (10)(2e) stuurt ook aan MMZS.
- We geven aan dat de sectoren zelf protocollen moeten toetsen aan de richtlijnen. We gaan zelf geen voorwaarden stellen aan de protocollen en deze toetsen.

Q&A's vanmiddag en infographics

- Bij testen aangeven dat we deze in juni beschikbaar komen voor bredere groep, met het streven naar 1 juni. (10)(2e) werkt deze Q&A vast uit. Wordt vanmiddag formeel besloten.
- De infographics met de tijdslijn en gedragsadviezen worden vandaag afgerond obv de besluitvorming vanmiddag
- Besproken aanpassingen:
  - Zelfde ankers gebruiken als in de brief:
    1. zorg voor kwetsbare mensen
    2. capaciteit
    3. zicht op verspreiding
  - Geen getallen noemen bij zorgcapaciteit, en geen/weinig woorden maar plaatjes voor de ankers
- DCo stemt aanpassingen af met (10)(2e) – een nieuwe versie is om 12 uur klaar voor torentjesoverleg

To do rest vd dag

- (10)(2e) maakt instructie bron- en contactonderzoek
- (10)(2e) en (10)(2e) afstemmen mondkapjes instructie af met MMZS
- (10)(2e) zorgt dat de nieuwe regeling verpleeghuizen wordt toegelicht en dat alle stakeholders die hetzelfde uitleggen
- NCTV kijkt naar de gedragsadviezen
- (10)(2e) lezen mee met de speech
- In het torentje komt een lijst met woorden die niet consitent worden gebruikt aan de orde, voorbereid door DCo
- Rondom adviezen OV vanuit VWS meekijken dat de verplichting alleen op reizigers ziet, werknemers mogen het ook maar zijn niet verplicht (Opletten dat andere departementen niet bonden van andere sectoren willen behagen waarbij er straks meer komt dan in de zorg het geval is).
- NCTV voegt vliegen en grensverkeer toe aan de besluitvorming voor MCCb. Er moet een Q&A worden voorbereid voor vanavond irt vooruitkijken richting vakanties in buitenland. I&W aan de lat voor vliegen en BZ voor grensverkeer.
- Alleen (10)(2e) gaat naar de technische briefing
- Er komt een aparte brief met reactie op de vraag om een OMT-stuk

287219

Van: Dienstpostbus DCC-VWS
Aan: (10)(2e); Dienstpostbus DCC-VWS; Groep DBPZ-adviseurs; (10)(2e) (SG); (10)(2e) (BOA/BO&P); Jonge, H.M. de (Hugo); (10)(2e)@minvws.nl; Staatssecretaris; (10)(2e); Dienstpostbus DCC-VWS; (10)(2e)@rivm.nl; (10)(2e); Coronateam PG; (10)(2e) (DCC); (10)(2e); Dienstpostbus Secretariaat PG; (10)(2e)
Onderwerp: besluitenlijst Afstemmingsoverleg 6 mei 2020
Datum: woensdag 6 mei 2020 13:11:51

Beste allen,

Hierbij vast de besluitenlijst van het afstemmingsoverleg, het volledige verslag volgt later.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Flex|Pro
(10)(2e)@minvws.nl | 06-(10)(2e)

Afstemmingsoverleg 6 mei 2020

Brief

- Ivm de volgorde van onderwerpen en leesbaarheid is besloten om aan de inleiding toe te voegen: een leeswijzer, de twee inforgraphics van DCo en de kernboodschap. Verder wordt de huidige volgorde brief van de brief aanhouden.
- Stuk over mondkapjes wordt ingeleid met het OMT advies. Dan komt een kader waarin de redeneerlijn van de regering staat:
    1. Meeste kapjes zorg
    2. Andere sectoren; daar waar afspraken gemaakt kunnen worden en/of triage zijn geen kapjes nodig. Contactberoepen met andere soorten PBM werken.
    3. Daar waar geen afspraken gemaakt kunnen worden en geen triage mogelijk is, verplichten we kapjes: dit is allen bij het OV specifiek voor de reizigers (geen verplichting voor de werknemers)
- We moeten opletten dat we niet te makkelijk doen over wat de zorg wel aankan – daarvoor de toon zoals in de speech gebruiken.
- Er moet een Q&A met een instructie komen over welke mondkapjes er nodig zijn voor de burger in het OV. Ivm details zoals gebruik materialen nu aangeven dat we deze einde week op de site plaatsen. Dit moet worden afgestemd met MVWS.
- Besproken aanpassingen in de brief:
    - Toonzetting van de gebruikte tekst uit Catshuis is niet passend, moet worden herschreven met gebruik van de tekst voor de persco.
    - Gedragsadviezen; eind vd dag geconsolideerde gedragsadviezen in een kader zetten
    - Blz 3 over dat het vervangen van het advies 'blijf zoveel mogelijk thuis': daarbij toevoegen dat dit per 11 mei zal zijn
    - Testbeleid zoals voor dit overleg besproken – sluit DGV met kort met Danielle

- Aggregatieniveau uitvoeringsinformatie testen aanpassen
- Apps: belastingdienst hier niet noemen en daarnaast korter en duidelijker maken wat we gaan vragen; thuischeck en track& trace. Meer in tijd plaatsen wanneer we opdracht geven en wanneer weer TK informeren.
- Monitoren effecten herbenoemen in bv. early warning. DCo denkt mee over betere term.
- Kwetsbare mensen zijn uitgesplitst in categorieën - daarbij ggz toevoegen.
- Blz 31. DGLZ toevoegen wat is er verruimd in de guideline.
- Let op bij de verwijzingen; het minimum zat in week 12 en niet in 13.
- Aangeven dat de extra bedden nodig zijn totaan vaccin (ipv 3 jaar benoemen).
- Tekst van SG AZ over economen clubs naar voren halen
- Bedden buiten de ic, calculatiemodel ggd afgelopen maandag, meenemen in brief.
- Paramedie zijn contactberoepen maar is ook zorg, DGCZ werkt daarvoor een tekst uit
- Gedragsadviezen PM tot na Mccb

- Iedereen gebruikt de versie van gisteravond voor verwerken aanpassingen, en de deadline voor aanleveren van afgestemde versies vanuit de DG kolommen is 14 uur.
- DGLZ organiseert gesprek met de bonden en MMZS vanmiddag over het vervolgproces rondom huishoudelijke hulp en mondkapjes.
- Start nationale vaccinatiecampagne specifiek voor corona ligt bij Hugo. Andere vaccinatiecampagnes blijven bij stas.

Mccb

- Om 12 uur wordt besproken hoe te zorgen voor duidelijkere sportregels ipv nu aangedragen aantal van max 10. Groepsgrote is een punt wat vanuit handhavingsperspectief wordt ingebracht maar is vooral in de openbare ruimte van belang, bij andere zaken als sporten gaat het meer om verantwoordelijkheid nemen en gezond verstand. Daarbij steeds de 1,5 m en goede hygiëne benadrukken.
- tekst bij ankerpunten en het voldoen aan voorwaarden; is inmiddels aangepast. dPG stuurt ook aan MMZS.
- We geven aan dat de sectoren zelf protocollen moeten toetsen aan de richtlijnen. We gaan zelf geen voorwaarden stellen aan de protocollen en deze toetsen.

Q&A's vanmiddag en infographics

- Bij testen aangeven dat we deze in juni beschikbaar komen voor bredere groep, met het streven naar 1 juni. DGV werkt deze Q&A vast uit. Wordt vanmiddag formeel besloten.
- De infographics met de tijdslijn en gedragsadviezen worden vandaag afgerond obv de besluitvorming vanmiddag
- Besproken aanpassingen:
  - Zelfde ankers gebruiken als in de brief:
    1. zorg voor kwetsbare mensen
    2. capaciteit
    3. zicht op verspreiding
  - Geen getallen noemen bij zorgcapaciteit, en geen/weinig woorden maar plaatjes voor de ankers
- DCo stemt aanpassingen af met DGV – een nieuwe versie is om 12 uur klaar voor torentjesoverleg

To do rest vd dag

- DGV maakt instructie bron- en contactonderzoek
- DGCZ en dPG afstemmen mondkapjes instructie af met MMZS
- DGLZ zorgt dat de nieuwe regeling verpleeghuizen wordt toegelicht en dat alle stakeholders die hetzelfde uitleggen
- NCTV kijkt naar de gedragsadviezen
- DGV, Daphne, Bart en Mark lezen mee met de speech
- In het torentje komt een lijst met woorden die niet consitent worden gebruikt aan de orde, voorbereid door DCo
- Rondom adviezen OV vanuit VWS meekijken dat de verplichting alleen op reizigers ziet, werknemers mogen het ook maar zijn niet verplicht (Opletten dat andere departementen niet

bonden van andere sectoren willen behagen waarbij er straks meer komt dan in de zorg het geval is).

- NCTV voegt vliegen en grensverkeer toe aan de besluitvorming voor MCCb. Er moet een Q&A worden voorbereid voor vanavond irt vooruitkijken richting vakanties in buitenland. I&W aan de lat voor vliegen en BZ voor grensverkeer.
- Alleen Jaap gaat naar de technische briefing
- Er komt een aparte brief met reactie op de vraag om een OMT-stuk

Overzicht van de lopende Covid-dossiers en projecten binnen 'Maximaal controleren', 'Kwetsbare personen' en reguliere VWS-directies

Maximaal controleren Directeur: (10)(2e) ((10)(2e) (dubbel: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))					
BWP	**DG**	**VWS directi e(s)**	**Covid-projecten / regulier dossier**	**Contactpersoon**	**Relatie tot extern project**
MVWS	DGV	PG	Overzicht adviezen OMT en BAO	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Liasonfunctie met RIVM
MVWS	DGV	PG	Aanwijzingen Veiligheidsregio's	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGV DGLZ	PG, CZ, LZ	Extra beddencapaciteit buiten IC	(10)(2e)) (10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) – DPG-en Roaz
MVWS	DGV ((10)(2e) (10)(2e)	PG, GMT	Beschikbaarheid testen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)	Landelijke cordinatiestructu ur testcapaciteit Inzet testcapaciteit GGD Taskforce diagnostiek Aankoop testen via Landelijk consortium hulpmiddelen Inzet Speciaal Gezant ((10)(2e))
MVWS	SG	DI	Gebruik van apps	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
		PG, GMT	PBM cruciale beroepen en vitale sectoren *buiten de zorg* Opdracht vanuit het IAO ism andere departementen en LOT-C	(10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGV	PG ism IZ	Internationaal HSC – ECDC	(10)(2e) / (10)(2e)	
MVWS	DGV	PG	Onderzoeken ZonMW	(10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	Innovatieloket (10)(2e) @zonmw.nl
MVWS	DGV	PG	Coronaloket met EZK	(10)(2e)	
MMZS	DGCZ	CZ ism IZ	IC-capaciteit	(10)(2e) (10)(2e)	Landelijk Coördinatiecentr um Patientenspreidin g
MMZS	DGCZ	CZ	Beschikbaarheid beademingsapparatuur	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	
MMZS	DGCZ	CZ	Overleg met zorgkoepels	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	

MMZS	DGCZ	CZ	Overleg met ROAZ'en	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MMZS	DGCZ	GMT	Beschikbaarheid geneesmiddelen	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Landelijk coördinatiecentrum geneesmiddelen tekorten. Het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en –defecten (CBG en IGJ)
MVWS	DGCZ	GMT	Beschikbaarheid persoonlijke beschermingsmiddelen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Landelijk Consortium Hulpmiddelen (10)(2e) @nfu.nl.
MMZS	DGLZ	GMT	Verdeling PBM	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MMZS	DGLZ	GMT	Hergebruik PBM	Jules Hoube Winke Schuurmans Rene Sluiter	

Kwetsbare personen
Directeur: (10)(2e) (dubbel: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))

BWP	DG	VWS directie	Covid-projecten / regulier dossier	Contactpersoon	Relatie tot extern project
MVWS	DGLZ	LZ	Verpleeghuiszorg (incl bezoekregeling	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / Jolanda Klarenbeek	
MVWS	DGLZ	Jeugd	Jeugdhulp, onderwijs, veilig thuis, bezoekregeling	(10)(2e) (10)(2e) / Natalie Jonkers (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	LZ	Gehandicaptenzorg	Jolanda Klarenbeek/ (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	LZ	Geestelijke verzorging	Inge Rasser/ Minette Kits Nieuwenkamp	
Stas	DGLZ	DMO	Maatschappelijke opvang	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / Aaf Tiems	
Stas	DGCZ	CZ	GGZ	(10)(2e) / (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	DMo	Cliëntenorganisaties en ouderenzorg	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	DMo	Kwetsbare zorg thuis	Rick Hagelstein (LZ) Natalie Jonkers (J) Wimke Schuurmans (MO) Gaby Coolen (MO)	
MVWS	DGLZ	DMo	Maatschappelijke initiatieven	Miriam Wakelkamp (MO) (10)(2e) (10)(2e) (J)	
MVWS	DGLZ	LZ	Palliatieve zorg	Minette Kits Nieuwenkamp/ (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	MO	Overleg patienten en clientenorganisaties mensen met beperking en jeugd	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) Jolanda Klarenbeek Jeugd: Jantina Bogerd-van Tilburg	
MVWS	DGLZ	MO	Overleg patienten en clientenorganisaties	Andre Schoorl (10)(2e)	

			kwetsbare mensen thuis		
MVWS	DGLZ	J	Overleg branchepartijen jeugd	(10)(2e)	
MVWS	DGLZ		Overleg branchepartijen ouderen	Juliette van Gent	

Project Caribisch Nederland Directeur: Mark de Groot van BZK					
BWP	**DG**	**VWS directie**	**Covid-projecten / regulier dossier**	**Contactpersoon**	**Relatie tot extern project**
Stas	SG	ZJCN	Covid aanpak in Caribisch Nederland	(10)(2e)) (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	RIVM – netwerk IHR

Overige betrokken VWS-directies (reguliere lijn)					
BWP	DG	VWS directie	Covid-projecten / regulier dossier	Contactpersoon	Relatie tot extern project
MMZS	DGLZ	PZo, FEZ/ Z	Financiën in de zorg - Zvw MO Jeugd Wlz Zvw- pgb Wlz- pgb	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / Koen Pijnenborg Anne Marie Willemsen/ Ronnie den Os Albert Veraart/ Inge Rasser Evelien Berkhout/ (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) Patrick Schuttel/ (10)(2e) (10)(2e)	
MMZS	DGLZ	MEVA	Arbeidsmarkt - Overleg vakbonden - Bonus zorgpersoneel - Sterkinjewerk - Extrahandenvoordezorg	 Ilse Damink/Geert Jan Buisman Erik Hogenkamp/Ilse Damink Joost Trienekens/Inge Muller Joost Trienekens/Inge Muller	
MVWS MMZS	DGV	IZ	Europese samenwerking en interdepartementale afstemming Internationale/bilaterale aspecten Covid, WHO	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS MMZS	DGCZ	CZ ((10)(2e) (10)(2e))	Opstarten reguliere zorg VWS heeft de NZa	**Trekker:** Marlies Sloover (CZ) **Meva:** (10)(2e)	De NZa werkt met alle overheids- (IGJ, ZIN en RIVM) en

		MEVA, Z	gevraagd om regie te nemen op dit vraagstuk.	en Stef Beek **Z:** (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	veldpartijen (met name FMS, NVZ, NFU, ZKN, het LCPS en de ROAZ) samen om te voorkomen dat er onnodig gezondheidsschade wordt geleden en dat de zorg zo goed mogelijk doorgang kan vinden.

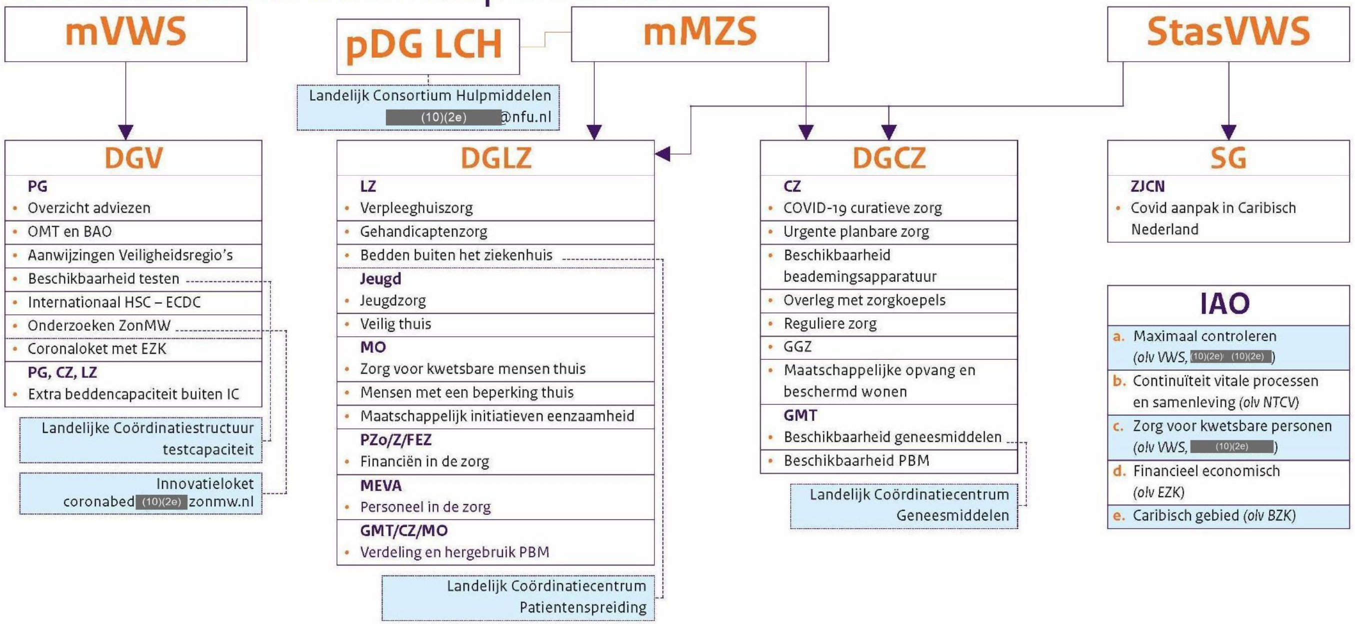
VWS brede Covid-processen Gecoördineerd vanuit directie PG (als uitgebreide functie van het DCC) MT-leden: (10)(2e) (10)(2e) (dubbel: Irene Doll)		
	Contactpersoon	**Relatie tot extern**
DCC - organisatie crisisoverleggen VWS (OTCB, MBTCB) - terugkoppeling interdepartementale overleggen (IAO, ICCB, MCCB) - aansluiting op Veiligheidsregio's - dagelijkse sitrap Contact met IGJ, RIVM, andere departementen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Aansluiting op crisisstructuur veiligheidsregio's
Liaisonfunctie met RIVM Input en terugkoppeling OMT Organisatie BAO Crisisbeleidsadviseurs infectieziekten / vraagbaak infectieziektebestrijding en bestaande structuren Uitwerken scenario's	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
Protocollen vormgeven 1,5 meter samenleving	(10)(2e) (externe afstemming) (10)(2e) ((10)(2e) (interne afstemming) Contactpersonen: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PG) Stef Beek (Meva), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Meva)	Ambtelijke vijfhoek (VWS, EZK, FIN, SZW, AZ) + NCTV
Scenario ontwikkeling afschalen: effecten voor VWS In kaart brengen effecten op VWS-terrein op basis van Rijksbrede afschaalscenario's.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
Coördinatie parlementaire processen: • Kamerbrief • Coordinatie debat (woensdag) • Coördinatie kamervragen	Daniëlle van Bentem/Inge Witte (10)(2e) (10)(2e) / Renske van Tol (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	

• Contactpersoon: Technische briefing	(10)(2e) (10)(2e), Sean Sauren	
Schrijfteam burgerbrieven Ca 15 personen van verschillende VWS-directies Productie: ca 100 reacties per dag op vragen en brieven van burgers.	(10)(2e) (MT-lid PG) doet alle brieven af voor alle directies. Contactpersonen PG: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)	
Communicatie	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) DCO (10)(2e)	Publiekscommunicatie door Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie

287227

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Crisisstructuur bewindspersonen



VWS brede Covid-processen

DCC	Liaisonfunctie met RIVM	Coördinatie parlementaire processen:	Schrijfteam burgerbrieven	Communicatie
• organisatie crisisoverleggen VWS (OTCB, MBTCB) • terugkoppeling interdepartementale overleggen (IAO, ICCB, MCCB) • aansluiting op Veiligheidsregio's • dagelijkse sitrap Contact met IGJ, RIVM, andere departementen	• Input en terugkoppeling OMT • Organisatie BAO **Crisisbeleidsadviseurs** • infectieziekten / vraagbaak • infectieziektebestrijding en bestaande structuren • Uitwerken scenario's	• Kamerbrief • Coordinatie debat (woensdag) • Coördinatie kamervragen • Contactpersoon: Technische briefing	Ca 15 personen van verschillende VWS-directies Productie: ca 100 reacties per dag op vragen en brieven van burgers.	

Overzicht van de lopende Covid-dossiers en projecten binnen 'Maximaal controleren', 'Kwetsbare personen' en reguliere VWS-directies

Maximaal controleren Directeur: (10)(2e) (10)(2e) (dubbel: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))					
BWP	**DG**	**VWS directie(s)**	**Covid-projecten / regulier dossier**	**Contactpersoon**	**Relatie tot extern project**
MVWS	DGV	PG	Overzicht adviezen OMT en BAO	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Liasonfunctie met RIVM
MVWS	DGV	PG	Aanwijzingen Veiligheidsregio's	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGV DGLZ	PG, CZ, LZ	Extra beddencapaciteit buiten IC	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) – DPG-en Roaz
MVWS	DGV ((10)(2e) (10)(2e)	PG, GMT	Beschikbaarheid testen	(10)(2e) Koppelaar (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	Landelijke cordinatiestructuur testcapaciteit Inzet testcapaciteit GGD Taskforce diagnostiek Aankoop testen via Landelijk consortium hulpmiddelen Inzet Speciaal Gezant ((10)(2e))
MVWS	SG	DI	Gebruik van apps	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
		PG, GMT	PBM cruciale beroepen en vitale sectoren *buiten de zorg* Opdracht vanuit het IAO ism andere departementen en LOT-C	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGV	PG ism IZ	Internationaal HSC – ECDC	(10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGV	PG	Onderzoeken ZonMW	(10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	Innovatieloket (10)(2e) @zonmw.nl
MVWS	DGV	PG	Coronaloket met EZK	(10)(2e)	
MMZS	DGCZ	CZ ism IZ	IC-capaciteit	(10)(2e) (10)(2e)	Landelijk Coördinatiecentrum Patientenspreiding
MMZS	DGCZ	CZ	Beschikbaarheid beademingsapparatuur	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	
MMZS	DGCZ	CZ	Overleg met zorgkoepels	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	

MMZS	DGCZ	CZ	Overleg met ROAZ'en	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MMZS	DGCZ	GMT	Beschikbaarheid geneesmiddelen	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Landelijk coördinatiecentrum geneesmiddelen tekorten. Het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en –defecten (CBG en IGJ)
MVWS	DGCZ	GMT	Beschikbaarheid persoonlijke beschermingsmiddelen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Landelijk Consortium Hulpmiddelen (10)(2e) @nfu.nl.
MMZS	DGLZ	GMT	Verdeling PBM	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MMZS	DGLZ	GMT	Hergebruik PBM	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	

Kwetsbare personen Directeur: (10)(2e) (dubbel: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))					
BWP	**DG**	**VWS directie**	**Covid-projecten / regulier dossier**	**Contactpersoon**	**Relatie tot extern project**
MVWS	DGLZ	LZ	Verpleeghuiszorg (incl bezoekregeling	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	Jeugd	Jeugdhulp, onderwijs, veilig thuis, bezoekregeling	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	LZ	Gehandicaptenzorg	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	LZ	Geestelijke verzorging	(10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
Stas	DGLZ	DMO	Maatschappelijke opvang	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	
Stas	DGCZ	CZ	GGZ	(10)(2e) / (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	DMo	Cliëntenorganisaties en ouderenzorg	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	DMo	Kwetsbare zorg thuis	(10)(2e) (LZ) (10)(2e) (10)(2e) (J) (10)(2e) (10)(2e) (MO) (10)(2e) (10)(2e) (MO)	
MVWS	DGLZ	DMo	Maatschappelijke initiatieven	(10)(2e) (10)(2e) (MO) (10)(2e) (10)(2e) (J)	
MVWS	DGLZ	LZ	Palliatieve zorg	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	MO	Overleg patienten en clientenorganisaties mensen met beperking en jeugd	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) Jeugd: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS	DGLZ	MO	Overleg patienten en clientenorganisaties	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	

287273

			kwetsbare mensen thuis		
MVWS	DGLZ	J	Overleg branchepartijen jeugd	(10)(2e)	
MVWS	DGLZ		Overleg branchepartijen ouderen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	

Project Caribisch Nederland Directeur: Mark de Groot van BZK					
BWP	**DG**	**VWS directie**	**Covid-projecten / regulier dossier**	**Contactpersoon**	**Relatie tot extern project**
Stas	SG	ZJCN	Covid aanpak in Caribisch Nederland	(10)(2e)) (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	RIVM – netwerk IHR

Overige betrokken VWS-directies (reguliere lijn)					
BWP	DG	VWS directie	Covid-projecten / regulier dossier	Contactpersoon	Relatie tot extern project
MMZS	DGLZ	PZo, FEZ/ Z	Financiën in de zorg - Zvw MO Jeugd Wlz Zvw- pgb Wlz- pgb	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e)) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	
MMZS	DGLZ	MEVA	Arbeidsmarkt - Overleg vakbonden - Bonus zorgpersoneel - Sterkinjewerk - Extrahandenvoordezorg	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS MMZS	DGV	IZ	Europese samenwerking en interdepartementale afstemming Internationale/bilaterale aspecten Covid, WHO	(10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
MVWS MMZS	DGCZ	CZ ((10)(2e) (10)(2e))	Opstarten reguliere zorg VWS heeft de NZa	**Trekker:** (10)(2e) (10)(2e) (CZ) **Meva:** (10)(2e)	De NZa werkt met alle overheids- (IGJ, ZIN en RIVM) en

		MEVA, Z	gevraagd om regie te nemen op dit vraagstuk.	en (10)(2e) (10)(2e) **Z:** (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	veldpartijen (met name FMS, NVZ, NFU, ZKN, het LCPS en de ROAZ) samen om te voorkomen dat er onnodig gezondheidsschade wordt geleden en dat de zorg zo goed mogelijk doorgang kan vinden.

VWS brede Covid-processen Gecoördineerd vanuit directie PG (als uitgebreide functie van het DCC) MT-leden: (10)(2e) (10)(2e) (dubbel: Irene Doll)		
	Contactpersoon	**Relatie tot extern**
DCC - organisatie crisisoverleggen VWS (OTCB, MBTCB) - terugkoppeling interdepartementale overleggen (IAO, ICCB, MCCB) - aansluiting op Veiligheidsregio's - dagelijkse sitrap Contact met IGJ, RIVM, andere departementen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	Aansluiting op crisisstructuur veiligheidsregio's
Liaisonfunctie met RIVM Input en terugkoppeling OMT Organisatie BAO Crisisbeleidsadviseurs infectieziekten / vraagbaak infectieziektebestrijding en bestaande structuren Uitwerken scenario's	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
Protocollen vormgeven 1,5 meter samenleving	(10)(2e) (externe afstemming) (10)(2e) ((10)(2e) (interne afstemming) Contactpersonen: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PG) (10)(2e) (10)(2e) (Meva), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Meva)	Ambtelijke vijfhoek (VWS, EZK, FIN, SZW, AZ) + NCTV
Scenario ontwikkeling afschalen: effecten voor VWS In kaart brengen effecten op VWS-terrein op basis van Rijksbrede afschaalscenario's.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
Coördinatie parlementaire processen: • Kamerbrief • Coordinatie debat (woensdag) • Coördinatie kamervragen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)	

287273

• Contactpersoon: Technische briefing	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
Schrijfteam burgerbrieven Ca 15 personen van verschillende VWS-directies Productie: ca 100 reacties per dag op vragen en brieven van burgers.	(10)(2e) (MT-lid PG) doet alle brieven af voor alle directies. Contactpersonen PG: (10)(2e), (10)(2e)) (10)(2e)	
Communicatie	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) DCO (10)(2e)	Publiekscommunicatie door Nationaal Kernteam Crisiscommunicatie

287274

Van: (10)(2e) | (10)(2e)
Aan: (10)(2e)
Cc: (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e)
Onderwerp: corona update 27 mei
Datum: woensdag 27 mei 2020 20:39:20
Bijlagen: FW Advies 68e OMT COVID-19.msg
20200527 Verslag afstemmingsoverleg.docx
FW protocol zomerkampen voorleggen aan het OMT.msg
20200527 Sitrap 85 - Nieuw coronavirus.pdf

Ha (10)(2e)

Bij deze de corona update voor het MT morgen. Geen specifieke bespreekpunten, maar wel aandachtspunten (zie geel).

1) **Definitieve OMT-advies** inclusief enkele afwegingskaders waaronder vervoer dagbesteding. In het OTCB kwam nog naar voren: Met betrekking tot het concept OMT advies vraagt DCO binnen het NKC extra aandacht voor het vertrouwelijk omgaan hiermee. Het concept advies is nu breed gedeeld, wat niet de bedoeling is
2) **Afstemmingsoverleg over TK-brief en vervoer voor dagbesteding:**
   a. TK-brief corona gaat vanavond of morgen uit. Er moet ingegaan worden op alle OMT punten.
   b. In het OMT advies wordt geadviseerd om een medisch mondkapje te gebruiken bij vervoer voor dagbesteding als er geen 1,5 meter afstand gehouden kan worden en er geen scherm geplaatst kan worden. Argumenten hiervoor zijn: sub optimale triage mogelijkheden, kleine ruimte, gedurende lange tijd in dezelfde ruimte. RIVM bespreekt met DLZ hoe een trapsgewijze uitleg kan worden vormgegeven voor de uitleg van medische mondkapjes in het vervoer voor dagbesteding.
3) **Protocol zomerkampen** is naar (10)(2e) gestuurd voor OMT-adviesaanvraag
4) **Sitrap:** De IGJ ontvangt signalen dat reguliere behandelingen voor jeugdigen langer duren door tijdelijke afschaling in verband met het coronavirus. Dat kost meer geld en levert zorgen op. Er zijn gemeenten die druk zetten op het verkorten van trajecten (en dus bezuinigen), waar dat niet haalbaar is. Er is ook een gemeente die geen zorg(geld) durft in te zetten, omdat de compensatie door het Rijk nog niet helder is. VNG adviseert gemeenten om de zorg te blijven leveren die nodig is, maar gemeenten blijven aansturen op bezuinigen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) Kennis, Informatie en Directiefinanciën (KID)
....
Ministerie van VWS
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
....
M 06 - (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl
....
Buiten werktijden mailen mag, maar hoeft niet.
Beantwoord deze mail op een voor jou geschikt moment.

Werkdagen: (10)(2e)

Actuele informatie over opvoeden en opgroeien in tijden van corona is te vinden op www.nji.nl/coronavirus

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e)
M +31 (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
13 mei 2020

Aantal pagina's
2

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

verslag

Betreft	Crisisstaf MMZS
Vergaderdatum en -tijd	13 mei 2020
Vergaderplaats	Ministerszaal, 09:30-09:50
Aanwezig	MMZS, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) DCo, BPZ (verslag).

Opmerkingen minister

De minister bespreekt de IC-capaciteit en de gesprekken met de fitnessbranche. dS geeft aan dat er een advies voor het OMT opgesteld wordt, maar dat de deadline waarschijnlijk niet gehaald wordt. De minister vraagt dS om hier haast bij te maken, dS geeft aan er op in te zetten dit spoedig te doen bij de eerstvolgende adviesaanvraag. Vandaag wordt er gesproken met de KNVB, er wordt een aanvullend a4-tje op de voorbereidingsnota naar de minister gezonden, meldt dS.

De minister vraagt naar de brief DSM.

Richtlijnen PBM
(10)(2e) licht de gesprekken die hij vandaag heeft over de uitwerking van de richtlijnen toe voor verplegend en verzorgend personeel. Het RIVM schuift hierbij aan.

Motie Marijnissen/Jetten
De motie Marijnissen/Jetten wordt nog besproken, meldt (10)(2e) De vraag is op welke manier hier aandacht voor moet zijn in de verzamelbrief corona. De minister merkt op dat dit voor de brief écht klaar moet zijn. (10)(2e) stemt met GMT af.

LCH
Er wordt gesproken over het gesprek met de LCH dat vanmiddag plaats zal vinden inzake hun korte- en langetermijnstrategie.

LNAZ
De minister geeft aan dat hij naar de opdracht LNAZ heeft gekeken.

Nultarief mondkapjes

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Datum
25 maart 2020

Minister geeft aan de Kamervragen vanuit FIN te hebben bekeken en hier mee akkoord te zijn. Ook is hij akkoord met de brief die vanuit FIN wordt verstuurd.

Sportkantines
(10)(2e vraagt of de minister meer aandacht wil hebben voor de sportkantines. De minister vraagt naar mogelijkheden over wat zou kunnen. 10)(2e gaat dit na.

Nota 1700 IC-bedden
De nota van CZ wordt kort besproken. De minister zal de nota nogmaals bekijken en retourneren aan CZ.

287278

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e)
M +31 (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
20 mei 2020

Aantal pagina's
2

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

verslag

Betreft	Crisisstaf MMZS
Vergaderdatum en -tijd	20 mei 2020
Vergaderplaats	Ministerszaal, 08:15-08:45
Aanwezig	MMZS, (10)(2e) DCo, BPZ (verslag).

Opmerkingen Minister

Kamerdebat

- 1400 wil de minister zelf door de tekst lezen, daarna kort spreken of er nog dingen zijn.
- Twee vragen:
  - Overzicht omringende landen, internationale vergelijking over wat andere landen met kapjes in ht OV willen. -> Zit reeds in set. [redacted] we gaan na hoe het zit met medisch/niet-medisch in het OV.
  - Precieze tekst over OMT-advies over mondmaskers buiten de zorg. [redacted] we nemen gewoon de tekst mee. [redacted] licht toe, stelt dat het combinatie is van deze week en vorige week. [redacted] We maken één a4-tje.
  - Sport:
    - We hebben een OMT-advies gevraagd. Vraag over betaalde voetbal kan later, M wil het liefste een concreet voorstel aanbieden aan het OMT over betaald voetbal
    - Kort geding openstelling sportscholen vindt heden plaats. Goed om de uitslag te weten wanneer dit plaatsvindt.
    - Vanmorgen in de MR het steunpakket EZK. dS licht toe. MMZS geeft seintje aan dS vanuit de MR.

IC

dCZ heeft met (10)(2e) gesproken over de tekst in de brief. Ze koppelt terug op dit gesprek.

V&VN rapport

De minister bespreekt dit rapport en vraagt zich af hoe het getal 1350 is samengesteld. dCZ weet dit ook niet. M vraagt om dit uit te zoeken.

GMT

GMT koppelt terug op de vraag welke hulpmiddelen nodig zijn op de IC's, dit naar aanleiding van een gesprek over PBMs in ziekenhuizen.

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Datum
25 maart 2020

287280

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e)
M +31 (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
25 mei 2020

Aantal pagina's
2

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

verslag

Betreft	Crisisstaf MMZS
Vergaderdatum en -tijd	25 mei 2020
Vergaderplaats	Ministerszaal, 08:30-09:00
Aanwezig	MMZS, DGCZ, DGLZ, DGV (dubbel), dCZ, dS, DCo, GMT ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)), CZ, PA, BPZ (verslag).

Opmerkingen minister

De minister bespreekt een brief van sporters betreffende een agenda rond sport en bewegen. De minister vindt het een mooi initiatief en wil de briefschrijvers uitnodigen. Dit is reeds gebeurd, meldt dS. De afspraak wordt door directie Sport voorbereid.

De minister bespreekt de recente berichtgeving rond de slachthuizen, (10)(2e) (10)(2e) (DGV-dubbel) sluit aan. Er wordt over doorgesproken in het afstemmingsoverleg van vandaag.

De minister merkt op dat hij graag een gesprek wil met Focco Vijzelaar en (10)(2e) (10)(2e) om door te spreken over de lange-termijn voorraadstrategie over productie in Nederland. (10)(2e) (10)(2e) (GMT) licht de actuele stand van zaken rond productie in Nederland toe.

De minister bespreekt de bonus voor zorgpersoneel. DGLZ licht dit kort toe en komt hier ook in het afstemmingsoverleg op terug.

Sportscholen

dS meldt dat ze weer een bericht hebben ontvangen van NL-Aktief, dS bespreekt deze brief met de minister en de crisisstaf. Een reactie op de brief wordt opgesteld na het uitkomen van het eerstvolgende OMT-advies. Er wordt een OMT-advies gezonden aan VWS, vervolgens wordt er een verkorte BAO opgesteld, vandaag moet de besluitvorming moeten ontworpen. Dit wordt in het afstemmingsoverleg besproken. Minister merkt op dat als er een besluit denkbaar is, we dit moeten doen en moeten communiceren naar de Kamer. Rond de middag is er contact over de verdere besluitvorming.

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Datum
25 maart 2020

Apotex

De minister heeft een bericht ontvangen over Apotex en Invest-NL. Dit bericht wordt kort besproken en wordt betrokken bij het afstemmingsoverleg. (10)(2e) 10)(2e 10)(2e (GMT) licht de actuele stand van zaken kort toe. De minister merkt op dat hij contact zal opnemen met Invest-NL, ook ambtelijk zal een vervolggesprek met Invest-NL plaatsvinden **(actie MMZS/GMT)**.

PBM

DGLZ geeft een update over de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen buiten de ziekenhuizen. DCo haakt hier op in en merkt op dat we hier in de communicatie wat mee kunnen. MMZS merkt op dat deze week echt het verhaal er moet zijn van LCH en wat we moeten doen, hier hoort ook het verhaal van de distributie en de zorgaanbieders bij. DGLZ, GMT en DCo spreken hier nog over door vandaag. Minister wil hier dinsdag of woensdag een afspraak over.

GMT en DGLZ bespreken het recente artikel in het AD over de kwaliteit van mondkapjes. Er wordt navraag gedaan en er wordt een woordvoeringslijn en een beleidslijn over opgesteld.

IC-capaciteit

dCZ licht een brief over de ophoging van de IC-capaciteit toe, waarin bonden van verpleegkundigen aangeven niet betrokken te zijn. dCZ zal dit opnemen met (10)(2e) (10)(2e). Ook de CNO wordt betrokken.

Internationaal

MMZS heeft met (10)(2e) gesproken over Duitsland, er komt een afspraak tussen de ministers.

287282

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e)
M +31 (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
26 mei 2020

Aantal pagina's
2

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

verslag

Betreft	Crisisstaf MMZS
Vergaderdatum en -tijd	26 mei 2020
Vergaderplaats	Ministerszaal, 08:30-09:00
Aanwezig	MMZS, DGCZ, DGLZ, SG, dCZ, dS, DCo, GMT ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)), CZ, PA, BPZ (verslag).

Opmerkingen minister

De minister vraagt naar het OMT-advies. Dit is nog niet bekend. dS neemt dit mee in het gesprek met NL-Aktief dat zij vandaag heeft. Minister geeft aan dat zodra het OMT-advies er is een gesprek plaats moet vinden om een reactie vast te stellen. Er zal een Kamerbrief opgesteld om de Kamer tussentijds te informeren over de stand van zaken sportscholen en sportkantines.

De minister wil graag meer informatie over het opschalen van de reguliere zorg.

Bonden

De minister bespreekt een handreiking van de bonden die hij heeft ontvangen over persoonlijke beschermingsmiddelen. DGLZ licht de inhoud en de achtergrond van deze handreiking toe. Er wordt opgemerkt dat er onduidelijkheid is tussen de bonden en V&VN, de minister geeft aan dat eerst uitgezocht moet worden wat V&VN vindt. DGLZ zal contact opnemen, de V&VN route verkennen en benadrukken dat we samen iets neer moeten zetten.

LCH

De minister merkt op dat LCH sommige aanbieders niet meer opneemt. De minister wil dit pas wanneer er duidelijkheid is over de langetermijnstrategie. DGCZ en GMT lichten de keuzes toe en zullen een tekst op schrift stellen om richting LCH te versturen. DGCZ merkt op dat LCH de ruimte krijgt om deze week nog rustig aan te doen en dat zekerheid moet zijn over de instroom. DGCZ zal bellen met (10)(2e) (10)(2e).

DGCZ geeft aan benieuwd te zijn naar het onderzoek van het AD. DCo zal hier mee aan de slag en heeft hier gisteren over geschakeld met DGLZ.

PBM

'02Health' heeft op 29 en 30 maart twee goede leveranties van honderdduizend FFP2-maskers gedaan. Hier zijn meerdere contracten mee gesloten, vervolgens is de kwaliteit uitermate teleurstellend. Er is inmiddels voor 45 miljoen euro aanbetaald. GMT geeft aan een rechtszaak aan te spannen tegen het bedrijf. Ook beademingsapparatuur van dit bedrijf is niet geleverd, meldt dCZ.

RescEU

GMT licht een verzoek van de Europese Commissie over een 'warehouse' voor PBM toe. De deadline is 5 juni, maar het aanvragen vergt veel tijd in verband met de gevraagde informatie. De minister stelt voor in deze nauw op te trekken met de Duitsers en de Belgen en een gezamenlijke reactie op te stellen. GMT zal schakelen met IZ.

IC-opschaling

De minister koppelt op verzoek van dCZ het gesprek met (10)(2e) terug.

dCZ wil graag een Webex-afspraak met MMZS en (10)(2e) C (10)(2e).

MMZS heeft ooit gebeld met Löwenstein, dit heeft geholpen in de prioritering. Echter, dhr. Dräger is gebeld door de Koning. Dhr. Löwenstein wil ook graag gebeld door de Koning, meldt dCZ. Het advies is om hier positief op te adviseren. De minister

287284

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Secretaris Generaal / plv.
Secretaris Generaal**
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e)

M +31 (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
27 mei 2020

Aantal pagina's
2

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

verslag

Betreft	Crisisstaf MMZS
Vergaderdatum en -tijd	27 mei 2020
Vergaderplaats	Ministerszaal, 08:30-09:00
Aanwezig	MMZS, DGCZ, DGLZ, dCZ, dS, DCo, GMT ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)), PA, BPZ (verslag).

Opmerkingen minister

De motie Wilders over persoonlijke beschermingsmiddelen die gisteren in stemming is gebracht (75-75) wordt besproken. Volgende week wordt er opnieuw over deze motie gestemd, de verschillende routes worden besproken met de politiek assistent. De minister vraagt naar de consequenties van de moties op het aantal noodzakelijke mondkapjes en zal de motie betrekken bij de bespreking in het torentje hedenmiddag. De PA zal polsen bij de politieke partijen in verband met de stemming van komende week, DGLZ en GMT zullen werken aan voorbereidingen.

De minister bespreekt vraag in een VSO over inventarisatie behoefte mondkapjes met GMT en DGCZ.

De minister bespreekt het OMT-advies. In het afstemmings- en het torentjeoverleg wordt dit nader besproken.

Sport

De minister bespreekt de situatie rondom de sportscholen. Hij meldt dat hij contact heeft gehad met M EZK en wil een concept-Kamerbrief meenemen naar het torentje.

dS bespreekt de actuele situatie rond de KNVB. Ze zullen de minister een a4 sturen en vervolgens een overlegje plannen.

Cure

dCZ koppelt terug op recente gesprekken die zij heeft gevoerd over de IC-capaciteit met (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e). De minister wordt gevraagd door dCZ morgen bij (10)(2e) aandacht te vragen voor de taal en de manier waarop bepaalde zaken worden gecommuniceerd.

dCZ meldt dat de minister aanstaande vrijdag het eerste 'hand aan de kraan' overleg heeft.

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Datum
25 maart 2020

LCH

GMT meldt dat er een concept is voor de website van de LCH.

DGCZ vraagt over het strategiegesprek dat plaats gaat vinden met Focco Vijzelaar en (10)(2e) (10)(2e). De minister geeft of dat gesproken moet worden over de grootte en de ontwikkeling van de markt van de medische hulpmiddelen, scenario's vraag en aanbod en de rol van LCH en productie NL hierin, ook in relatie tot de rest van de markt. Zowel kwantitatief als kwalitatief. Vrijdag wordt op basis van de eerste- en de preventieve vragenraming een gesprek gevoerd.

Internationaal

GMT meldt dat er een overleg komt met de verschillende bewindspersonen binnen de Benelux en de minister.

PBM

DGCZ vraagt DCo nogmaals naar het onderzoek dat de AD heeft gebruikt voor haar artikelen begin deze week.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Crisisstructuur bewindspersonen

mVWS

DGV

PG
- Overzicht adviezen
- OMT en BAO
- Aanwijzingen Veiligheidsregio's
- Beschikbaarheid testen
- Internationaal HSC – ECDC
- Onderzoeken ZonMW
- Coronaloket met EZK

PG, CZ, LZ
- Extra beddencapaciteit buiten IC

Landelijke Coördinatiestructuur testcapaciteit

Innovatieloket coronabed(10)(2e)zonmw.nl

pDG LCH

Landelijk Consortium Hulpmiddelen (10)(2e)@nfu.nl

mMZS

DGLZ

LZ
- Verpleeghuiszorg
- Gehandicaptenzorg
- Bedden buiten het ziekenhuis

Jeugd
- Jeugdzorg
- Veilig thuis

MO
- Zorg voor kwetsbare mensen thuis
- Mensen met een beperking thuis
- Maatschappelijk initiatieven eenzaamheid

PZo/Z/FEZ
- Financiën in de zorg

MEVA
- Personeel in de zorg

GMT/CZ/MO
- Verdeling en hergebruik PBM

Landelijk Coördinatiecentrum Patientenspreiding

DGCZ

CZ
- COVID-19 curatieve zorg
- Urgente planbare zorg
- Beschikbaarheid beademingsapparatuur
- Overleg met zorgkoepels
- Reguliere zorg
- GGZ
- Maatschappelijke opvang en beschermd wonen

GMT
- Beschikbaarheid geneesmiddelen
- Beschikbaarheid PBM

Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen

StasVWS

SG

ZJCN
- Covid aanpak in Caribisch Nederland

IAO

a. Maximaal controleren (*olv VWS,* (10)(2e))
b. Continuïteit vitale processen en samenleving (*olv NTCV*)
c. Zorg voor kwetsbare personen (*olv VWS,* (10)(2e))
d. Financieel economisch (*olv EZK*)
e. Caribisch gebied (*olv BZK*)

VWS brede Covid-processen

DCC	Liaisonfunctie met RIVM	Coördinatie parlementaire processen:	Schrijfteam burgerbrieven	Communicatie
• organisatie crisisoverleggen VWS (OTCB, MBTCB) • terugkoppeling interdepartementale overleggen (IAO, ICCB, MCCB) • aansluiting op Veiligheidsregio's • dagelijkse sitrap Contact met IGJ, RIVM, andere departementen	• Input en terugkoppeling OMT • Organisatie BAO **Crisisbeleidsadviseurs** • infectieziekten / vraagbaak • infectieziektebestrijding en bestaande structuren • Uitwerken scenario's	• Kamerbrief • Coordinatie debat (woensdag) • Coördinatie kamervragen • Contactpersoon: Technische briefing	Ca 15 personen van verschillende VWS-directies Productie: ca 100 reacties per dag op vragen en brieven van burgers.	

Fractie: CU **Kamerlid:** (10)(2e)

Vraagnr: 30

Q: Is die buffer en reproductiegetal ruim genoeg?

- Zoals in de persco gisteren ook aangegeven is het lopen op een evenwichtsbalk.
- Verspreidingsrisico's nemen onvermijdelijk toe met elke versoepeling. Absolute randvoorwaarde is dat we de controle die we sinds maart hebben bereikt, in deze fase weten te verankeren. Dat dus de cijfers over de ziekenhuisopnamen en de intensive carebedden onder controle blijven.
- De experts van het OMT geven aan dat het risico door het versoepelen van maatregelen beheersbaar is.
- Garantie hebben we niet. We houden nauwkeurig vinger aan de pols en we gaan bijstellen als het moet.

Fractie: CU **Kamerlid:** (10)(2e)

Vraagnr: 31

Q: Hoe verhouden onze keuzes zich tot omringende landen qua BCO en PBM ?

- In andere landen om ons heen zie je een mix van adviezen en verplichtingen voor verschillende situaties.
- Al deze keuzes zijn gemaakt op basis dezelfde wetenschappelijke basis, die zoals gezegd niet eenduidig is.
- In landen met uitgebreide verspreiding is vaak ook gekozen om bron- en contactopsporing te richten op kwetsbare personen, zoals wij ook gedaan hebben
- We zijn nu in de situatie gekomen dat we daar weer veel meer aan kunnen gaan doen
- Ook voor mondkapjes zijn de keuzes vergelijkbaar, ook al zie je inderdaad in nieuwsbeelden van sommige landen meer mondkapjes op straat en in winkels.
- De lijn dat mondkapjes vereist zijn waar maatregelen niet kunnen worden nageleefd en waar geen triage mogelijk is, is een helder criterium gebaseerd op het OMT advies.
- Het moge duidelijk zijn dat de verplichting voor het OV in de ons omringende landen daarmee alsnog vergelijkbaar is.

287291

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)(10)(2e)@endurit.nl

Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en Infectieziekten

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
DCo-203774

Uw brief
17-03-2020

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum: 15 MEI 2020
Betreft: Hardere maatreglen - COVID-19

Geachte heer (10)(2e),

In uw brief van 17 maart jl. vraagt u zich af waarom het kabinet niet veel hardere maatregelen heeft genomen in de strijd tegen het coronavirus. Uw voorstel is om heel Nederland twee weken in quarantaine te doen waarna het virus verdwenen is.

Helaas is het niet zo eenvoudig als u dat voorstelt. Het is niet bewezen dat het virus na twee weken volledige quarantaine opeens verdwenen is.

Bij het nemen van besluiten over de maatregelen die het meest effectief én haalbaar zijn laat het kabinet zich adviseren door de deskundigen van het Outbreak Management Team (OMT). Deze deskundigen hebben aangegeven dat het niet noodzakelijk is voor de bestrijding van het virus om heel Nederland in quarantaine te doen. Dat betekent niet dat er geen strenge maatregelen zijn afgekondigd zoals thuisblijven tenzij het echt niet anders kan, 1,5 meter afstand houden, boodschappen doen in je eentje, niet op bezoek bij kwetsbare mensen en je niet met meer dan twee mensen buiten begeven. Maatregelen die de vrijheid van Nederlanders fors inperken en die veel mensen ook zwaar vallen. Maar waarvan ook iedereen begrijpt waarom ze noodzakelijk zijn en die door vrijwel iedereen goed worden nageleefd.

In de persconferenties heeft de minister-president nog eens benadrukt hoe belangrijk het is dat het overgrote deel van deze maatregelen van kracht blijft ondanks het feit dat het de goede kant opgaat in Nederland.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
plv. directeur Publieke Gezondheid

dhr. ing. (10)(2e)(1 (10)(2e)

Vraag minister over datagebruik

Q: Wat heeft het OMT ons gevraagd? Wat wil het RIVM hebben?

- Het RIVM wil kijken in welke regio mensen meer contacten hebben dan gewenst
- Zij willen op die manier de populatie waarin verhoogd risico is kunnen aanwijzen
- zodat de lokale GGD maatregelen kan nemen en de lokale ziekenhuizen hun planning kunnen bijstellen
- Hiervoor is het nodig de gemeenten met vermoedelijke woonplaats van de populatie met verhoogd risico te weten.
- Voor een nulmeting moeten zij enkele maanden terug kunnen gaan.

Wanneer is het gevraagd

- Een app, verzoek van (10)(2e), namens het RIVM, aan minister Grapperhaus.

Waarom wil RIVM deze data hebben

- Het gaat om telecomgegevens op geaggregeerd niveau.
- Indicatoren die we nu hebben, die laten pas in een laat stadium zien wat er aan beweging en mobiliteit gebeurt. En hoe het virus zich verspreidt.
- Wanneer iemand besmet is, geldt een incubatietijd tussen 2 en 14 dagen, gemiddeld 5-6 dagen.
- Daarna wordt iemand zo ziek dat hij naar de dokter gaat. Dan volgt er pas een test.
- En daarna wordt er pas gemeld bij Rivm.
- Daar gaat dus veel tijd overheen.
- Daarna is het moeilijk om met bestrijding deze uitbraak weer in te dammen.

- Het RIVM heeft juist daarom behoefte aan indicatoren die sneller inzicht geven in de mogelijke verspreiding van het virus:
  - Hoe veranderen de contacten van mensen na het versoepelen van de maatregelen
  - Hoe verandert de mobiliteit, per regio.
  - Het gebruik van geanonimiseerde mobiele telefoon gegevens is een snelle indicator, de vertraging kan dan worden teruggebracht tot 2 dagen
- Zo kan de lokale GGD maatregelen kan nemen en de lokale ziekenhuizen hun planning kunnen bijstellen
- Telecomgegevens kunnen hierbij op geaggregeerd niveau uitkomst bieden.

Hoe zijn we bereid er in te voorzien?

- Rivm heeft nu de vraag gespecificeerd
- We kunnen anonieme mobiele telefoongegevens gebruiken om veranderingen in gedrag op te pikken.
- Techniek daarvoor is beschikbaar.
- Omringende landen (België, Duitsland, Frankrijk, Italië) gebruiken dit voor monitoring van de epidemie op basis van de Europese wetgeving.

Welke stappen gaan we zetten?

- Ambtelijk is hier een verkenning naar gedaan.
- Er moet nu eerst bestuurlijk over gesproken worden.
- Dat doen we met de telecomproviders
- Vervolgens moet over deze wens en de implicaties met de AP gesproken worden.
- Dat gebeurt op korte termijn

Factsheet niet-medische mondkapjes

- Niet-medische mondkapjes beschermen van binnen naar buiten. Zij voorkomen daardoor dat de drager een ander besmet.
- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting.
- Het OMT heeft aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld.
- De algemene hygiëne-maatregelen blijven leidend, dit betreft alleen een toevoeging voor deze specifieke situatie.
- Medische mondkapjes blijven voorbehouden aan de zorg. In het OV dragen we niet-medische mondkapjes.
- Niet medische mondkapjes hebben geen verwijzing naar medisch gebruik, zoals een CE markering. Wij trekken de lijn tussen medisch en niet-medisch bij CE markeringen omdat dit een duidelijke grens betreft. Heeft een mondkapje een CE markering, dan betreft het een medisch hulpmiddel en is het dus voor de zorg bestemd.
- Reizigers kunnen kapjes kopen of zelf maken.

- Personeel kan gebruik maken van professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes.
- De NEN, een onafhankelijk instituut voor normalisatie, publiceert een document wat aanbevelingen geeft over productie, distributie en gebruik van niet medische mondkapjes.
- Kinderen onder de 13 hoeven geen mondkapje te dragen, conform het OMT advies.
- De verantwoordelijkheid voor handhaving in het OV ligt bij de OV bedrijven. Deze zullen reizigers de aanwijzing geven op grond van de wet personenvervoer. Deze aanwijzing is weer gebaseerd op een aanpassing van de noodverordeningen.
- Het niet dragen van een mondkapje in het OV wordt beboetbaar. Wanneer de aanwijzing niet opgevolgd wordt, staat daar een boete van 95,- euro tegenover. Als de politie eraan te pas moet komen, is het een overtreding van de noodverordening en is de boete 390,- euro.

Factsheet niet-medische mondkapjes

- Niet-medische mondkapjes beschermen van binnen naar buiten. Zij voorkomen daardoor dat de drager een ander besmet.
- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting.
- Het OMT heeft aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld.
- De algemene hygiëne-maatregelen blijven leidend, dit betreft alleen een toevoeging voor deze specifieke situatie.
- Medische mondkapjes blijven voorbehouden aan de zorg. In het OV dragen we niet-medische mondkapjes.
- Niet-medische mondkapjes hebben geen CE-markering - die bestaat namelijk niet voor deze mondkapjes – en ook geen verwijzing hebben naar een norm voor medische hulpmiddelen.
- Ook mogen zij geen naam of naamgeving voeren die de suggestie wekt dat het product een medisch hulpmiddel is.

Het moet duidelijk zijn dat het om een mondkapje zonder medische claim gaat.

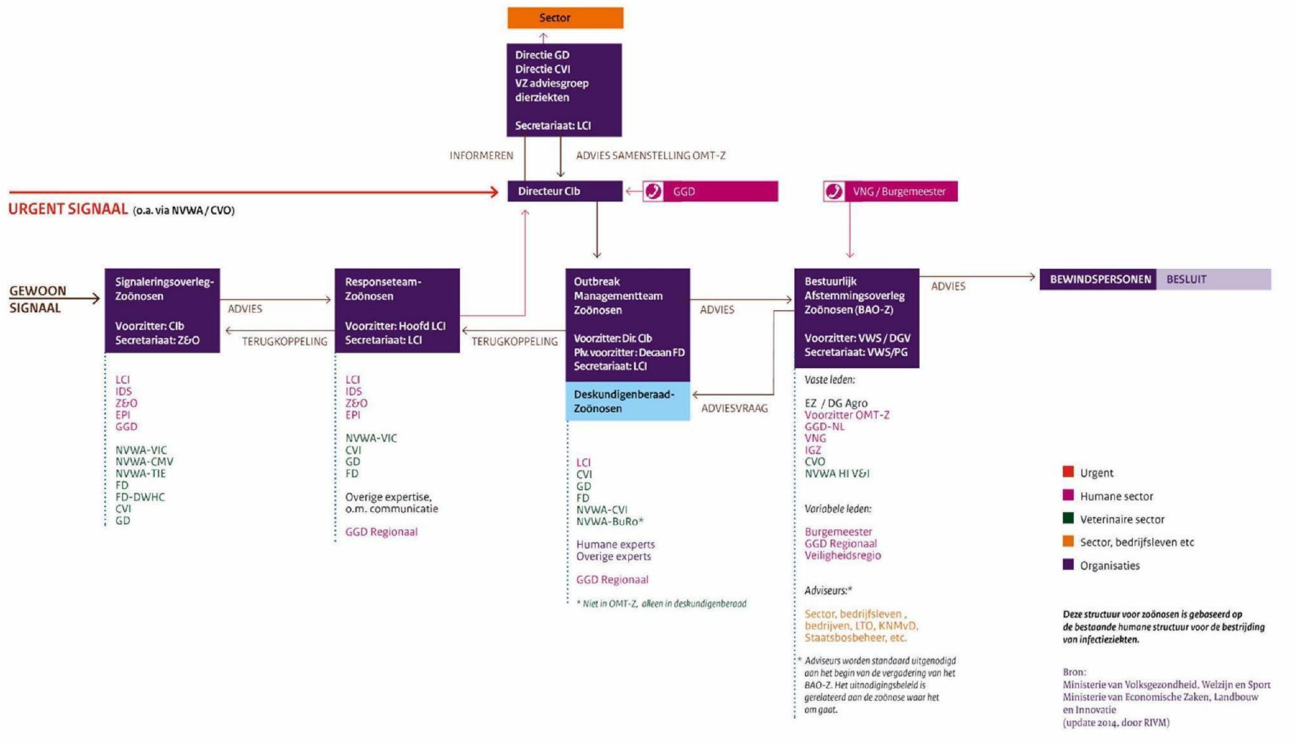
- Reizigers kunnen kapjes kopen of zelf maken.
- Personeel kan gebruik maken van professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes.
- De NEN, een onafhankelijk instituut voor normalisatie, publiceert een document wat aanbevelingen geeft over productie, distributie en gebruik van niet medische mondkapjes.
- Kinderen onder de 13 hoeven geen mondkapje te dragen, conform het OMT advies.
- De verantwoordelijkheid voor handhaving in het OV ligt bij de OV bedrijven. Deze zullen reizigers de aanwijzing geven op grond van de wet personenvervoer. Deze aanwijzing is weer gebaseerd op een aanpassing van de noodverordeningen.
- Het niet dragen van een mondkapje in het OV wordt beboetbaar. Wanneer de aanwijzing niet opgevolgd wordt, staat daar een boete van 95,- euro tegenover. Als de politie eraan te pas moet komen, is het een overtreding van de noodverordening en is de boete 390,- euro.

Factsheet Mondkapjes in het OV

- Reizigers en personeel in het OV dragen niet-medische mondkapjes.
- Dit zijn kapjes zonder CE markering, CE markeringen geven aan wanneer een mondkapje een medisch hulpmiddel is en dus voor de zorg is bestemd.
- Reizigers kunnen mapjes kopen of zelf maken
- Personeel kan gebruik maken van professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes
- Voor interventies komen speciale interventiekits beschikbaar met FFP2 mondmaskers, vergelijkbaar met de politie.
- Kinderen onder de 13 hoeven geen mondkapje te dragen, conform het OMT advies.
- PM handhaving

287301

ZOÖNOSEN, VAN SIGNALERING TOT BESLUITVORMING



Financiële schade commerciële binnensport

Kernboodschap	- De commerciële binnensport blijft vooralsnog gesloten tot 1 september. - Medio juni wordt nogmaals gekeken of eerdere openstelling mogelijk blijkt te zijn. - In de tussentijd zet ik me in voor passende compensatie voor deze sector, aanvullend aan het rijksbrede steunpakket [2.0].
Gevolgen corona-maatregelen	De TOGS, BMKB en GO zijn met name van toepassing op de volgende doelgroepen in de sport: - Sportverenigingen: lopen inkomsten mis uit met name de kantine door gedwongen sluiting. Hierbij gaat het met name om de grotere verenigingen met clubhuis of kantine, golfclubs, jachthavens, e.d. - Commerciële aanbieders: fitnessclubs, sportscholen, klimhallen e.d. hebben sterk verminderde inkomsten doordat ze werken met les- of entreegelden.
Huidig beleid	**Heropening sport**: - Het OMT adviseert om medio juni te bekijken of de binnensport deels eerder open kan. - Uitgangspunt is dat de sector tot 1 september gesloten blijft. - Aangepaste openstelling is voor deze sector lastig en in veel gevallen niet mogelijk. **Steunpakket 2.0**: - De Tozo en NOW (behoud van banen en inkomen) worden verlengd tot eind augustus met aanvullende voorwaarden. - De TOGS wordt vervangen door de Tegemoetkoming Vaste Lasten MKB. o Ondernemingen met 20% of meer omzetverlies krijgen maximaal 50% vergoeding van vaste lasten (niet zijnde loonkosten) **Commerciële binnensport i.r.t. steunpakket 2.0**: - In de huidige opzet is het steunpakket 2.0 toereikend voor ondernemingen die hun bedrijfsvoering weer geheel of gedeeltelijk kunnen opstarten. - Als commerciële binnensport tot 1 september volledig gesloten blijft, is er aanvullende compensatie nodig. - Zonder een aanvullend steunpakket zullen veel ondernemingen uit deze sector omvallen, wat leidt tot forse schade aan de sportinfrastructuur.
Feiten & cijfers	**Commerciële binnensport** - De sector commerciële binnensport bestaat primair uit fitnessclubs en sportscholen. - Andere belangrijke groepen in deze sector zijn klimhallen, squashbanen, dansscholen en vechtsporthallen. - We schatten in dat er ongeveer 12.000 ondernemingen (zowel zzp'ers als MKB) in deze sector actief zijn. **Omvang schade** - Voor passende aanvullende compensatie van de commerciële binnensport zou een bedrag van € 80 mln voor de periode juni-augustus toereikend zijn. - We schatten in (cijfers POS, NL Actief, KPMG brancherapport) dat ondernemingen in deze sector ongeveer € 50-55 mln doorlopende vaste lasten (niet zijnde loonkosten) per maand hebben, en dus ca. € 160 mln t/m augustus. Als 50% hiervan wordt vergoed onder de Tegemoetkoming Vaste Lasten, resteert de overige 50% als compensatie.
Actualiteit/politieke aandachtspunten	

287311

Van: Staatssecretaris
Aan: (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))
Onderwerp: FW: besluitenlijst Afstemmingsoverleg 6 mei 2020
Datum: woensdag 6 mei 2020 13:11:51

Van: _Dienstpostbus DCC-VWS
Verzonden: woensdag 6 mei 2020 13:11:48 (UTC+01:00) Amsterdam, Berlin, Bern, Rome, Stockholm, Vienna
Aan: (10)(2e). ((10)(2e)); _Dienstpostbus DCC-VWS; _Groep DBPZ-adviseurs; (10)(2e) (10)(2e) ... (SG); ... (BOA/BO&P); Jonge, H.M. de (Hugo); ... (10)(2e)@minvws.nl; Staatssecretaris; (10)(2e). ((10)(2e)); _Dienstpostbus DCC-VWS; (10)(2e)@rivm.nl; ... Ruel, W.M.J. ... Coronateam PG; ... (DCC); ... _Dienstpostbus Secretariaat PG; ... ((10)(2e))
Onderwerp: besluitenlijst Afstemmingsoverleg 6 mei 2020

Beste allen,

Hierbij vast de besluitenlijst van het afstemmingsoverleg, het volledige verslag volgt later.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Flex|Pro
m.(10)(2e)@minvws.nl | 06-(10)(2e)

Afstemmingsoverleg 6 mei 2020

Brief

- Ivm de volgorde van onderwerpen en leesbaarheid is besloten om aan de inleiding toe te voegen: een leeswijzer, de twee inforgraphics van DCo en de kernboodschap. Verder wordt de huidige volgorde brief van de brief aanhouden.
- Stuk over mondkapjes wordt ingeleid met het OMT advies. Dan komt een kader waarin de redeneerlijn van de regering staat:
    1. Meeste kapjes zorg
    2. Andere sectoren; daar waar afspraken gemaakt kunnen worden en/of triage zijn geen kapjes nodig. Contactberoepen met andere soorten PBM werken.
    3. Daar waar geen afspraken gemaakt kunnen worden en geen triage mogelijk is, verplichten we kapjes: dit is allen bij het OV specifiek voor de reizigers (geen

verplichting voor de werknemers)

- We moeten opletten dat we niet te makkelijk doen over wat de zorg wel aankan – daarvoor de toon zoals in de speech gebruiken.
- Er moet een Q&A met een instructie komen over welke mondkapjes er nodig zijn voor de burger in het OV. Ivm details zoals gebruik materialen nu aangeven dat we deze einde week op de site plaatsen. Dit moet worden afgestemd met MVWS.
- Besproken aanpassingen in de brief:
  - Toonzetting van de gebruikte tekst uit Catshuis is niet passend, moet worden herschreven met gebruik van de tekst voor de persco.
  - Gedragsadviezen; eind vd dag geconsolideerde gedragsadviezen in een kader zetten
  - Blz 3 over dat het vervangen van het advies 'blijf zoveel mogelijk thuis': daarbij toevoegen dat dit per 11 mei zal zijn
  - Testbeleid zoals voor dit overleg besproken – sluit DGV met kort met Danielle
  - Aggregatieniveau uitvoeringsinformatie testen aanpassen
  - Apps: belastingdienst hier niet noemen en daarnaast korter en duidelijker maken wat we gaan vragen; thuischeck en track& trace. Meer in tijd plaatsen wanneer we opdracht geven en wanneer weer TK informeren.
  - Monitoren effecten herbenoemen in bv. early warning. DCo denkt mee over betere term.
  - Kwetsbare mensen zijn uitgesplitst in categorieën - daarbij ggz toevoegen.
  - Blz 31. DGLZ toevoegen wat is er verruimd in de guideline.
  - Let op bij de verwijzingen; het minimum zat in week 12 en niet in 13.
  - Aangeven dat de extra bedden nodig zijn totaan vaccin (ipv 3 jaar benoemen).
  - Tekst van SG AZ over economen clubs naar voren halen
  - Bedden buiten de ic, calculatiemodel ggd afgelopen maandag, meenemen in brief.
  - Paramedie zijn contactberoepen maar is ook zorg, DGCZ werkt daarvoor een tekst uit
  - Gedragsadviezen PM tot na Mccb

- Iedereen gebruikt de versie van gisteravond voor verwerken aanpassingen, en de deadline voor aanleveren van afgestemde versies vanuit de DG kolommen is 14 uur.
- DGLZ organiseert gesprek met de bonden en MMZS vanmiddag over het vervolgproces rondom huishoudelijke hulp en mondkapjes.
- Start nationale vaccinatiecampagne specifiek voor corona ligt bij Hugo. Andere vaccinatiecampagnes blijven bij stas.

Mccb

- Om 12 uur wordt besproken hoe te zorgen voor duidelijkere sportregels ipv nu aangedragen aantal van max 10. Groepsgrote is een punt wat vanuit handhavingsperspectief wordt ingebracht maar is vooral in de openbare ruimte van belang, bij andere zaken als sporten gaat het meer om verantwoordelijkheid nemen en gezond verstand. Daarbij steeds de 1,5 m en goede hygiëne benadrukken.
- tekst bij ankerpunten en het voldoen aan voorwaarden; is inmiddels aangepast. dPG stuurt ook aan MMZS.
- We geven aan dat de sectoren zelf protocollen moeten toetsen aan de richtlijnen. We gaan zelf geen voorwaarden stellen aan de protocollen en deze toetsen.

Q&A's vanmiddag en infographics

- Bij testen aangeven dat we deze in juni beschikbaar komen voor bredere groep, met het streven naar 1 juni. DGV werkt deze Q&A vast uit. Wordt vanmiddag formeel besloten.
- De infographics met de tijdslijn en gedragsadviezen worden vandaag afgerond obv de besluitvorming vanmiddag
- Besproken aanpassingen:
  - Zelfde ankers gebruiken als in de brief:
    1. zorg voor kwetsbare mensen
    2. capaciteit
    3. zicht op verspreiding
  - Geen getallen noemen bij zorgcapaciteit, en geen/weinig woorden maar plaatjes voor de ankers

- DCo stemt aanpassingen af met DGV – een nieuwe versie is om 12 uur klaar voor torentjesoverleg

To do rest vd dag

- DGV maakt instructie bron- en contactonderzoek
- DGCZ en dPG afstemmen mondkapjes instructie af met MMZS
- DGLZ zorgt dat de nieuwe regeling verpleeghuizen wordt toegelicht en dat alle stakeholders die hetzelfde uitleggen
- NCTV kijkt naar de gedragsadviezen
- DGV, Daphne, Bart en Mark lezen mee met de speech
- In het torentje komt een lijst met woorden die niet consitent worden gebruikt aan de orde, voorbereid door DCo
- Rondom adviezen OV vanuit VWS meekijken dat de verplichting alleen op reizigers ziet, werknemers mogen het ook maar zijn niet verplicht (Opletten dat andere departementen niet bonden van andere sectoren willen behagen waarbij er straks meer komt dan in de zorg het geval is).
- NCTV voegt vliegen en grensverkeer toe aan de besluitvorming voor MCCb. Er moet een Q&A worden voorbereid voor vanavond irt vooruitkijken richting vakanties in buitenland. I&W aan de lat voor vliegen en BZ voor grensverkeer.
- Alleen Jaap gaat naar de technische briefing
- Er komt een aparte brief met reactie op de vraag om een OMT-stuk

287313

Van: (10)(2e)
Aan: _groep DJ-MT
Onderwerp: FW: Passage brief
Datum: maandag 18 mei 2020 22:08:49

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) van <(10)(2e)@minszw.nl>
Datum: maandag 18 mei 2020 9:52 PM
Aan: (10)(2e) <lm.(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <AFranssen@MINSZW.NL>
Kopie: (10)(2e) <of.scheidel@minvws.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <ib.damink@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Passage brief

Ha (10)(2e)

Twee opmerkingen:
Ik vind het nogal een verschil of we iets melden als inzet naar het IAO of in een brief naar de Kamer. Eea is vandaag in het IAO helaas niet besproken.
Ik heb vrijdag aangegeven wel te willen inzetten op in uitzonderlijke gevallen doorzetten van noodopvang overdag voor zorgprofessionals. Dat is iets anders dan dat al geregeld is, laat staan de wijze waarop.
Ik wil dus echt in de Kamerbrief duidelijk maken dat dit nog uitgewerkt wordt. Daar hebben we ook nog even de tijd voor.

Daarnaast is er *geen* geld beschikbaar gesteld voor een dergelijke constructie. We hebben met veel pijn en moeite 23 mln weten te claimen voor gemeenten. Die kunnen zoiets daar niet nog even "bij" hebben. En bij financiën hoeven we ook niet aan te kloppen
Daarom heb ik zaterdag al laten weten dat hier kosten aan kleven. Jij gaf toen aan dat het niet oké voelt als zorgpersoneel extra moet betalen. Daarop hebben we besproken dat er dan een taak ligt voor de werkgever.

Kortom, volgens mij zijn de zinnen die (10)(2e) aanreikt een goede weergave van ons gesprek. Uiteraard doen we ons best, maar ik kan nu niet iets aan de kamer presenteren al "is geregeld" als daar nog wel wat werk voor nodig is.

Groeten,
(10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Datum: maandag 18 mei 2020 21:35
Aan: (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)MINSZW.NL>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

van < (10)(2e) @minszw.nl>
Kopie: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <cl.goebel@minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <ib.damink@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Passage brief

Excuus de zinnen zijn dan dus:

Concept

Ik hoor graag of we er zo uit zijn, thx weer, (10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Datum: maandag 18 mei 2020 9:30 PM
Aan: (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) MINSZW.NL>, (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
van < (10)(2e) @minszw.nl>
Kopie: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e)) <mj.smit@minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <cl.goebel@minvws.nl>, (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <ib.damink@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Passage brief

Ha (10)(2e)

Volgens mij hebben we dit van het weekend niet afgesproken. Per mail hebben we aangegeven: Als scholen en buitenschoolse opvang weer volledig open gaan, wordt de noodopvang in principe gedurende werkdagen overdag stopgezet. Er is in uitzonderlijke gevallen maatwerk mogelijk voor zorgprofessionals die extra uren werken om Corona zorg of inhaalzorg te leveren. De werkgever zal dit dienen te bevestigen.

En in de apps tussen (10)(2e) en mij is de zin aldus geworden en afgesproken:

Concept

Graag zou ik deze zinnen terugzien ipv de rode tekst.

Thx alvast, (10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) MINSZW.NL>
Datum: maandag 18 mei 2020 9:02 PM

287313

Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Kopie: (10)(2e) < (10)(2e) @minszw.nl>
Onderwerp: FW: Passage brief

Beste (10)(2e),

In overleg met (10)(2e) heb ik een aanvulling gedaan. Zie rode tekst. Ik neem aan dat dit meer houvast geeft aan zorgpersoneel.

Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @minocw.nl>
Datum: maandag 18 mei 2020 3:59 PM
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @minszw.nl>
Onderwerp: Passage brief

Concept

Concept

287313

Concept

287315

Geachte mevrouw (10)(2e),

In mijn brief van 16 april jl. (kenmerk: 1672600-204097-Z) heb ik u gevraagd om zo spoedig mogelijk een (of zo nodig meerdere) beleidsregels te publiceren naar aanleiding van de afspraken die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zorginstituut Nederland (ZiNL) hebben gemaakt in het bestuurlijk overleg van 20 maart jl. voor wat betreft de langdurige zorg. Het ging om een of meerdere beleidsregels die een uitwerking geven aan de volgende tijdelijke maatregelen:

- het compenseren van de gederfde omzet van zorg in natura die onderdeel is van de contracteerruimte Wlz voor de periode vanaf 1 maart 2020 tot 1 juni 2020;
- het vergoeden van de extra kosten van zorgaanbieders als gevolg van de coronacrisis vanaf 1 maart 2020.

Naar aanleiding van het bestuurlijk overleg met betrokken partijen van xx mei jl. vraag ik u om een aanvulling op mijn eerder verzoek op de volgende onderstaande punten.

1. Verlenging van de periode van het compenseren van omzetderving naar 1 juli 2020
(PM aanvullen)

2. Uitbreiding van de tijdelijke maatregelen voor hulpmiddelen en mondzorg

Ik hoop

Op xx mei jl. heeft opnieuw tussen

De uitbraak van Corona raakt ons allemaal en in sterke mate ook de zorgverleners. Ik stel het dan ook op prijs dat u zo snel aanpassingen in uw beleid heeft gemaakt, waardoor de zorg op een andere manier geleverd kan worden. Zo heeft u het mogelijk gemaakt dat, als de zorgverlening het toelaat, er geen sprake van *face to face* contacten hoeft te zijn om de zorg te kunnen declareren. Ook zie ik dat u kijkt hoe het proces rondom de verantwoording kan worden aangepast, zodat zorgaanbieders zich zoveel mogelijk kunnen richten op het leveren van zorg.

Het is belangrijk dat zorgaanbieders zich op dit moment geen zorgen hoeven te maken over hun financiële positie en zich maximaal kunnen richten op het leveren van de noodzakelijke- en veilige zorg tijdens de crisis en daartoe ook in staat blijven als we de crisis achter ons hebben gelaten. Om die reden hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zorginstituut Nederland (ZiNL) afspraken gemaakt in het bestuurlijk overleg van 20 maart jl. voor wat betreft de langdurige zorg. Deze afspraken zijn geland in de brief die Zorgverzekeraars Nederland op 23 maart jl. aan alle aanbieders in de langdurige zorg heeft toegestuurd.[1]

Deze afspraken zien toe op tijdelijke maatregelen die gericht zijn op;
1) het op peil houden van de liquiditeit (bevoorschotting);
2) het compenseren van omzetderving;
3) het vergoeden van extra kosten als gevolg van de coronacrisis;
4) het versoepelen van de verantwoordingseisen.
Wij hebben toegezegd deze maatregelen op de kortst mogelijke termijn nader uit te werken en te zorgen dat ook een goede verantwoording mogelijk is.

Over het eerste onderdeel, het op peil houden van liquiditeit, heeft ZiNL op 31 maart 2020 een brief verzonden aan de zorgkantoren en het CAK. Hierin is bevestigd dat tot nader aankondiging de bevoorschotting op het huidige niveau gehandhaafd blijft en dus niet zoals gebruikelijk zal worden aangepast op basis van de werkelijke productie. Ook is in de brief van ZiNL opgenomen dat zorgkantoren de bevoorschotting kunnen ophogen voor

[1] Brief van ZN "Financiële helderheid zorgaanbieders langdurige zorg", d.d. 23 maart 2020 met kenmerk B-20-5241.

gemaakte extra kosten als gevolg van de uitbraak van het coronavirus, vooruitlopend op de beleidsregel waar ik u met dit schrijven om verzoek. Zorgkantoren hebben aangegeven hiervan gebruik te maken als dit aan de orde blijkt te zijn.

Met deze brief wil ik u vragen om samen met de partijen uit het bestuurlijk overleg het tweede en derde onderdeel nader uit te werken in een (of zo nodig meerdere) beleidsregel(s) en deze zo spoedig mogelijk te publiceren

. Het vierde element uit de bestuurlijke afspraken en de brief van ZN van 23 maart jl. betreft de verantwoordingseisen. Over de nadere uitwerking van de verantwoordingseisen blijf ik graag met u in gesprek. De aanpassingen, die ik u bij deze brief vraag, laten zich niet gemakkelijk inpassen in het reguliere bekostigingssysteem. Ik vind het daarom belangrijk dat u gelijktijdig met het uitwerken van dit beleid ook afspraken met de relevante veldpartijen maakt over de verantwoording en de daarmee samenhangende rechtmatigheid. In het verlengde hiervan vraag ik ook uw aandacht voor de termijnen voor het indienen van het financieel- en het uitvoeringsverslag over 2019. De Wlz bepaalt dat een Wlz-uitvoerder deze verslagen voor 1 juli aan de NZa moet toezenden (artikel 4.3.1 en 4.3.2 van de Wlz). Gelet op de corona crisis heb ik er begrip voor dat het opstellen van deze verslagen enige vertraging oploopt. Ik kan mij voorstellen dat u in uw toezichts- en handhavingsbeleid uitgaat van de uiterste termijn van 1 augustus.

Compenseren van gederfde omzet
In het voornoemde bestuurlijk overleg tussen VWS, NZa, ZN en het ZiNL van vrijdag 20 maart jl. is afgesproken dat zorgaanbieders gecompenseerd worden voor een omzetderving als gevolg van de uitbraak van het coronavirus. Met als doel de continuïteit van zorg tijdens en ook na de crisis te borgen. Ik heb zorgaanbieders voor cliënten verzocht om hun zorg zo goed mogelijk op peil te houden, mogelijke op andere manier dan gebruikelijk is. Het coronavirus heeft desalniettemin tot gevolg dat zorgaanbieders overeengekomen productie niet geheel kunnen realiseren. De zorgaanbieders verkrijgen daardoor minder dekking voor hun doorlopende kosten. De voorgenomen compensatie voor omzetderving voorkomt dat alsnog.

Hierbij is afgesproken dat de geprognotiseerde omzet gehanteerd wordt als in een situatie dat er geen sprake was van corona. Deze gederfde omzet kan in de contractuele relatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder gecompenseerd worden. Hiermee komt de gederfde omzet ten laste van de contracteerruimte. Deze maatregel geldt in ieder geval van 1 maart tot minimaal 1 juni 2020.

Om hier uitwerking aan te geven, zal ik aan ZN vragen om de herschikkingsafspraken op het productieniveau in te dienen *alsof* er geen uitbraak van het coronavirus heeft plaatsgevonden. Bij de zorgaanbieders, waarbij sprake is van een volumedaling als gevolg van de uitbraak van het coronavirus worden de herschikkingsafspraken op een hoger niveau dan de (geprognotiseerde) werkelijke realisatie ingediend. Er wordt hierbij gecorrigeerd voor de beperking van de doorlopende kosten die zorgaanbieders zelf hebben bewerkstelligd.

In uw huidige beleid, komt alleen de daadwerkelijk gerealiseerde productie in aanmerking voor vergoeding. Ik wil u vragen om wegens de uitzonderlijke omstandigheden tijdelijk een aanpassing op het geldende beleid te maken, waardoor de vergoeding voor omzetderving behorend bij de niet gerealiseerde productie als gevolg van het coronavirus additioneel en separaat kan worden meegenomen in de vaststelling van het sluittarief. Door de mogelijkheid te creëren voor zorgaanbieders en zorgkantoren om de aanvaardbare kosten te verhogen, kan de vergoeding voor omzetderving behorend bij de
niet- gerealiseerde productie als gevolg van het coronavirus tot maximaal de bovengrens van de door de NZa goedgekeurde productieafspraak vergoed worden.

Hierbij geldt de randvoorwaarde dat de contracteerruimte zodanig wordt vastgesteld dat deze toereikend is om de productie te vergoeden alsof er geen coronacrisis zou zijn geweest. U heeft mij op 31 januari en 31 maart jl. geïnformeerd over de verwachte uitputting van het Wlz-kader. Ik reageer hier op de kortst mogelijke termijn op en neem daarbij de genoemde randvoorwaarde in acht.

Ik wil u vragen om bij de uitwerking in uw beleid de volgende uitgangspunten te hanteren:

Het gaat om het compenseren van de gederfde omzet van zorg in natura die onderdeel is van de contracteerruimte Wlz voor de periode vanaf 1 maart 2020 tot 1 juni 2020 en

287315

1. De beleidsregel ziet toe op omzetderving op de zorg in natura die onder de Wlz onder de contracteerruimte Wlz valt. De compensatie omzetderving heeft betrekking op de productie, vanaf 1 maart 2020 tot 1 juni 2020, die als gevolg van de uitbraak van het coronavirus niet is gerealiseerd.
2. De compensatie omzetderving krijgt vorm in de relatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder en krijgt daarmee haar beslag binnen de contracteerruimte.
3. Zorgaanbieders krijgen in de praktijk met de compensatie voor omzetderving door een verhoging van de aanvaardbare kosten een hogere vergoeding voor de zorg die wel daadwerkelijk is geleverd.
4. Er wordt hierbij naar zoveel mogelijk uniformiteit gestreefd in de uitwerking. Daarom wil ik u vragen om, in consultatie met ZN en de zorgaanbieders, een algemene rekenregel uit te werken over hoe tot een redelijke en billijke compensatie van omzetderving te komen.
5. Deze algemene rekenregel is het uitgangspunt. Zorgkantoren doen hierop een plausibiliteitscheck per zorgaanbieder. Voor individuele gevallen is er ruimte voor het zorgkantoor om (al dan niet in afstemming met de zorgaanbieder) hiervan af te wijken. Bijvoorbeeld bij het in gebruik nemen van een nieuw pand of bij het afstoten van een pand.
6. De som van de compensatie van de omzetderving in combinatie met de gerealiseerde productie kan de contracteerruimte niet overstijgen, omdat voor compensatie omzetderving niet meer wordt vergoed dan de financiële waarde van de productie die in een situatie zonder corona zou zijn gerealiseerd.
7. De afspraken die betrekking hebben op de financiële zekerheid voor Wlz zorgaanbieders zijn voorliggend op het algemene pakket aan maatregelen die het kabinet heeft genomen.
8. De compensatie omzetderving stelt zorgaanbieders in staat om, in het kader van de continuïteit van zorg, ook deze compensatie aan derden voort te zetten en ik verwacht dan ook dat zij dit doen.[2]
9. De gederfde omzet op basis van derde geldstromen valt niet onder deze compensatieregeling. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om gederfde omzet van het restaurant. Hiervoor kan mogelijk een beroep worden gedaan op het rijksbrede pakket aan maatregelen.
10. Dubbele bekostiging moet worden voorkomen. Dus indien bijvoorbeeld Wlz-leegstand wordt opgevuld middels onderlinge dienstverlening of ELV-patiënten[3], wordt deze niet (volledig) meegenomen in de compensatie omzetderving. Verder zal ik met de zorgkantoren afspreken dat zij het verantwoordingsmodel kwaliteitsbudget 2020 aanpassen, zodat rekening wordt gehouden met de vergoeding voor gederfde omzet vanuit niet geleverde prestaties zzp/vpt 4 t/m 10.
11. Daar waar zorgaanbieders er in slagen de doorlopende kosten te beperken, wordt de compensatie omzetderving navenant bijgesteld.
12. Zorgaanbieders die van de compensatie gebruik maken committeren zich eraan dat zij zoveel mogelijk de reguliere zorg blijven leveren met aandacht voor doelmatigheid en gepast gebruik. Tevens zullen zij in de periode van vraaguitval in hun reguliere werk, waar nodig beschikbaar zijn voor het bieden van noodzakelijke zorg in deze moeilijke tijd, zowel door personele inzet als door middel van faciliteiten en hulpmiddelen.
13. Omdat de gederfde inkomsten apart gecompenseerd worden, is het belangrijk dat zorgaanbieders de reguliere regelgeving volgen en alleen daadwerkelijk geleverde zorg declareren[4]. Daarnaast is het volgens de

---

[2] Dit betekent dat bijvoorbeeld de aanbieders die worden ingeschakeld voor het vervoer naar de dagbesteding (voor de doorlopende kosten) doorbetaald kunnen worden, zodat zij geen aanspraak hoeven te maken op het algemene pakket aan maatregelen dat het kabinet heeft genomen.

[3] Dit heeft ook betrekking op de financiering van cohortverpleging in de zogenoemde Coronacentra.

[4] Indien er sprake is van een integrale zzp inclusief dagbesteding en de reguliere dagbesteding wordt tijdens de corona crisis anders ingevuld (namelijk meer of andere zorg op de woonlocatie), dan kan het betreffende zzp, in deze bijzondere situatie, tijdelijk door gedeclareerd worden. Er is dan sprake van substitutie tussen de dagbesteding en de zorg die op de woongroep wordt geleverd. Door het wegvallen van de dagbesteding moet

huidige regelgeving mogelijk om mutatiedagen in rekening te brengen. Ik wil u vragen om deze declaratievoorschriften niet aan te passen, zodat
inzichtelijk blijft wat de geleverde zorg is en welke aanvullende compensatie is afgesproken.

Vergoeden van extra kosten
Zorgaanbieders kunnen deze periode extra kosten maken voor het leveren van zorg. Zoals opgenomen in de brief van 23 maart jl. van ZN aan alle aanbieders van Wlz zorg is het uitgangspunt dat zorgaanbieders in de gelegenheid moeten worden gebracht om te doen wat nodig is om de crisis te beheersen. Om die reden worden extra kosten als gevolg van de coronacrisis vergoed. Ik wil u vragen om uw beleid aan te passen, zodat deze extra kosten, via de nacalculatie rechtmatig opgenomen kunnen worden in het sluittarief van de betreffende instelling. Ik wil uw vragen in de uitwerking van uw beleid onderstaande uitgangspunten te
hanteren:

1. De beleidsregel ziet toe op de extra kosten die zorgaanbieders hebben gemaakt met betrekking tot Wlz-zorg in natura en heeft betrekking op kosten vanaf 1 maart 2020.
2. Het gaat om extra kosten voor de zorgverlening aan cliënten met een Wlz-indicatie, die het gevolg zijn van de uitbraak van het coronavirus en samenhangen met de adviezen van het Outbreak Management Team. Het gaat hierbij om de extra kosten die nodig zijn om de gebruikelijke en (aanvullend) noodzakelijke zorg veilig te leveren, zowel aan (extra) cliënten met als zonder corona. Het kan daarbij niet alleen gaan om kosten voor de directe zorglevering, maar ook om de extra kosten als gevolg van corona die gemaakt worden om deze zorg veilig en verantwoord te kunnen leveren.
3. Deze kosten worden zodanig geregistreerd dat een deugdelijke verantwoording mogelijk is. Ik vraag u in de verantwoordingseisen een juiste balans te vinden tussen rechtmatigheid (aantoonbare) meerkosten als gevolg van de coronacrisis) en het zoveel mogelijk beperken van administratieve lasten voor zorgkantoren en zorgaanbieders.
4. Dubbele bekostiging moet worden voorkomen. De extra kosten worden dan ook niet reeds uit andere bronnen vergoed (bijvoorbeeld compensatie omzetderving, kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg, subsidieregelingen, ziekteverzuimverzekeringen die aanbieders hebben, personeel dat 'om niet' is ingeleend van collega-zorgaanbieders etc.).
5. Het zorgkantoor is akkoord met de aanvraag voor de vergoeding van de extra kosten. Een aanvraag bij de NZa wordt tweezijdig ingediend.
6. De vergoeding van de extra kosten als gevolg van de uitbraak van het coronavirus krijgt vorm in een verhoging van het budget voor aanvaardbare kosten buiten de contracteerruimte.
7. Het zorgkantoor past indien nodig de maandelijkse bevoorschotting aan.

Omdat de extra kosten apart geregistreerd moeten worden, is het voor zorgaanbieders van belang dat zij snel duidelijkheid hebben welke kosten dit betreft. Als u hier voor het publiceren van de beleidsregel al meer duidelijkheid over kan geven, wil

---

er immers meer zorg op de groep geleverd worden. Het betreffende zzp hoeft dan in deze situatie niet omgezet te worden naar een zzp zonder dagbesteding.
Als de dagbesteding normaliter apart wordt gedeclareerd middels een modulaire prestatie en deze op een andere manier wordt ingevuld in verband met corona en deze invulling past binnen de betreffende prestatiebeschrijving, dan kan deze gedeclareerd worden. Als dit niet het geval is, dan komen de kosten in aanmerking voor vergoeding middels de
compensatieregeling voor gederfde inkomsten.

ik u vragen om hier eerder over te communiceren.

Rechtmatigheid
De compensatie voor de omzetderving en de vergoeding van de extra kosten moeten voldoen aan de eisen van rechtmatigheid. Die compensatie en extra
kosten moeten daartoe kunnen worden aangemerkt als rechtmatige kosten van geleverde Wlz-zorg die ten laste van het Fonds langdurige zorg (Flz) kunnen komen.

De compensatie voor de omzetderving betreft de doorlopende kosten van
zorgaanbieders die ze moeten maken voor overeengekomen productie die zij
ondanks het coronavirus wel realiseren. De vergoeding voor de extra kosten
betreft de extra kosten die zorgaanbieders vanwege het coronavirus maken om
productie te kunnen realiseren. Die compensatie en vergoeding betreffen kosten van
zorgaanbieders die zij voor overeengekomen en wel gerealiseerde Wlz-zorg hebben moeten maken. De compensatie voor gederfde omzet en de vergoeding voor de extra kosten zijn direct gerelateerd aan kosten ter zake van ingekochte en gerealiseerde zorg en vormen geen subsidies aan zorgaanbieders. De compensatie en vergoeding leiden gezien het bovenstaande niet tot strijdigheid met de regels voor staatssteun.

De compensatie en de vergoeding moeten voor de rechtmatigheid ook verenigbaar zijn met de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Een vergoeding via het tarief voor individuele gerealiseerde prestaties zal leiden tot overschrijding van de vastgestelde maximumtarieven en een zogenaamd Wmg-tariefdelict vormen. De zorgaanbieders ontvangen de compensatie en de vergoeding via het door de NZa vastgestelde sluittarief. Het sluittarief heeft als zogenaamd tarief voor een geheel van prestaties betrekking op de totale overeengekomen en gerealiseerde productie van een zorgaanbieder. De compensatie en de vergoeding van de extra kosten leiden dan ook niet tot overschrijding van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven.

Het sluittarief kan slechts ten laste van het Flz komen indien het betrekking heeft op daadwerkelijk geleverde zorg. De Wet financiering sociale verzekeringen verhindert dat kosten in verband met niet-geleverde zorg rechtmatig ten laste van het Flz kunnen komen. De compensatie voor de gederfde omzet en de vergoeding voor de extra kosten hebben betrekking op daadwerkelijk geleverde zorg. Het sluittarief kan daarmee als kosten van Wlz-zorg rechtmatig ten laste van het Flz
komen.

Tot slot
Door te zorgen voor financiële helderheid kunnen zorgaanbieders zich maximaal richten op het leveren van de noodzakelijke en veilige zorg. Middels de uitwerking op de kortst mogelijke termijn van de bestuurlijke afspraken en maatregelen die in de brief van ZN van 23 maart jl. zijn genoemd, geven wij hier gezamenlijk
invulling aan. Ik verzoek u om deze brief op uw website te plaatsen, zodat de uitgangspunten ook voor de betreffende zorgaanbieders en zorgkantoren duidelijk zijn. Veel maatregelen zien toe op de periode tot 1 juni 2020. Of en in welke vorm maatregelen worden voortgezet is afhankelijk van de ontwikkelingen ten aanzien van het coronavirus. Graag blijf ik met u hierover in gesprek.

Ik stel uw inspanningen voor de uitwerking van de afspraken uit het bestuurlijk overleg zeer op prijs. Ik blijf graag met u in contact over de uitwerking van bovenstaand beleid en over de wijze waarop op pragmatische wijze invulling kan worden gegeven aan de verantwoording van gemaakte kosten. Want alleen samen kunnen we adequate maatregelen nemen om zorgverleners in staat te stellen deze
coronacrisis het hoofd te bieden.

Hoogachtend,

de (10)(2e) Langdurige Zorg,

drs. (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

287316

Agenda voor overleg COVID-19 en slachterijen op 29 mei 2020 d.d. 15.00 – 16.00 uur via Webex

Aanwezig:

(10)(2e (10)(2e) ((10)(2e) Veiligheidsregio Noord- en Oost Gelderland), (10)(2e) (10)(2e) Publieke Gezondheid GGD Nederland), Hugo Bakx (10)(2e) GGD Nederland), (10)(2e) (10)(2e) (directeur GGD Noord- en Oost Gelderland), (10)(2e) (NCTV), (10)(2e) ((10)(2e) Inspectie SZW), (10)(2e) ((10)(2e) Veiligheidsregio Noord- en Oost Gelderland), (10)(2e) (10)(2e) Publieke Gezondheid VWS), (10)(2e) (10)(2e) Publieke Gezondheid VWS) (10)(2e) (NVWA), (10)(2e) (SZW, aanjaagteam arbeidsmigranten), (10)(2e) ((10)(2e) DAD LNV, voorzitter overleg), (10)(2e) (10)(2e) DAD LNV), (10)(2e) (10)(2e) DAD LNV)

1. Opening

2. Update situatie Groenlo en Apeldoorn

   Er is wat verwarring over welke maatregelen nu hoe worden genomen, omdat er net wat anders is gehandeld door (10)(2e) dan door (10)(2e). Deels zijn ze natuurlijk vrij in toepassing bevoegdheden, maar oplijnen lijkt wenselijk

3. Afspraken n.a.v. overleg 25 mei 2020 **(bijlage)**
   a. Verantwoordelijkheden departementen, inspecties en Veiligheidsregio **(bijlage)**
      - Is te mager, staat alleen heel kort wie over welke onderwerpen gaat , maar niet op welke manier er wordt samengewerkt en hoe een ander aangepakt gaat worden. **Advies:** Het is aan LNV om een inhoudelijker plan te maken waarin alle elementen staan en waaruit duidelijk wordt hoe projectmatig en operationeel wordt samengewerkt. Veel partners en complexiteit, dus belangrijk om te hebben.
      -
   b. Voorstel voor aanpak opnemen huisvesting en vervoer arbeidsmigranten in Noodwet
      - Voorstel is nog onbekend. Het stuk van (10)(2e), als dat bedoeld wordt, leest vooralsnog te vrijblijvend. Vraag is of hier de COVID wet bedoeld wordt en of arbeidsmigranten daarin een plek moeten hebben.
      - **Advies:** er moet nu een ad hoc aanpak komen om maatregelen en handhaving op basis van bestaande bevoegdheden te doen. De covid wet is waarschijnlijk te generiek en duurt nog te lang, deze situatie is acuut.
      - **Vragen die nog open liggen, gaten die nog gedicht moeten worden:**
        - Wie is of neemt verantwoordelijkheid voor de implementatie en naleving van de maatregelen bij de uitzendbureaus? (het moet integraal en krachtig, maar nu nog versnipperd en lijkt geen regie)
        - Hoe is de **verantwoordelijkheidsverdeling bij SZW nu ingericht** voor deze opgave tussen Aanjaagteam, ISZW en beleidsdep.
        - **Grensverkeer**: Hoe gaan we om met de arbeidsmigranten die in NL werken, maar in DL wonen, wat kan SZW daarmee? Welke maatregelen zijn nodig om te zorgen dat hier geen 'lek' van besmette personen is
        - Wie kan **eerstverantwoordelijk zijn bij SZW** ten aanzien van deze problematiek?

   c. Vraag aan RIVM
      - Vraag taskforce Roemer aan OMT om advies op protocol: OMT heeft deze vragen niet beantwoord omdat het RIVM heeft meegekeken en commentaar heeft geleverd op het corona-protocol arbeidsmigranten. OMT heeft hier niets aan toe te voegen.
      - Het aanjaagteam heeft via SZW specifiek gevraagd of de besmettingen van eenzelfde persoon/bron komen. Dat wordt nu door RIVM onderzocht (sequentiering). Er zijn geen andere vragen gesteld.

- Vragen VWS: Momenteel wordt er meer onderzoek verricht naar de clusters in slachthuizen. Er wordt getest bij een groep arbeidsmigranten in de thuisetting, de positieve uitslagen van Groenlo worden deze week gesequenced en het cluster in Helmond wordt nu verder onderzocht en getest. Hier proberen ze ook omgevingsmonsters te nemen van binnen de fabriek. In de loop van volgende week verwachten ze meer resultaten van deze onderzoeken. Daarmee hopen ze meer te kunnen zeggen over transmissie binnen het bedrijf, tijdens transport of bijwerknemers in de thuissetting.

d. Collectieve quarantaine- juridische mogelijkheden en zo ja, toepassing hiervan
   - Er moeten allemaal individuele beschikkingen gemaakt worden, kan niet met 1 algemene beschikking. Dit kan natuurlijk wel eenvoudig worden uitgevoerd door in een brief telkens een andere naam op te voeren.
   - Indien iemand weigert in quarantaine te gaan is dit een strafbaar feit, strafbaar met een geldboete van de 5e categorie of een gevangenisstraf van max 4 jaar. Dit volgt uit artikel 68.3 wpg.

4. <u>Terugkoppeling gesprek MLNV met COV, Nepluvi en LTO d.d. 26 mei 2020</u>
   a. Brieven maatregelen COV en Nepluvi n.a.v. gesprek d.d. 26 mei 2020 **(bijlage) –** eerste beelden delen
      - De brieven tonen de goede wil van de brancheverenigingen. Er blijkt nu telkens dat de naleving achter blijft. En daarover is niet veel duidelijk (anders dan dat de VR'n er bovenop lijken te zitten). De zwakte zit hem in de zelfregulering en in de link met de uitzendbureaus.
      - Advies: oproepen om integraal en intensiever toe te gaan zien op de zelfregulering en om helderder te zijn over wat er van uitzendbureaus verwacht wordt en hoe daar handhaving op plaatsvindt door, primair, de bedrijven zelf.

5. <u>Testen medewerkers slachthuizen</u>
   a. Opdracht GGD **(bijlage)**
      - Stand van zaken op dit moment: VWS heeft opdracht verstrekt aan GGD-en. GGD-en hebben aangegeven dat dit heel veel werk is en hebben voorgesteld om te starten met steekproeven bij alle slachterijen en op basis van de resultaten van die steekproef te kijken hoe nu verder. De reikwijdte is verder: pluimvee en roodvlees, slachterijen én uitsnijderijen. Er komt vandaag een plan (maar we hebben om 1400) nog geen concept gezien.
      - SVZ 1400 DPG'n kijken vanmiddag naar het conceptplan, GGD zal zelf in het overleg de contouren schetsen. (10)(2e) zelf zit in de call om toe te lichten. (10)(2e) heeft trouwens geannuleerd zag ik vanwege een andere verplichting (!).
      -

6. <u>Advies m.b.t. arbeidsmigranten en vervoer</u>
   - Arbeidsmigranten die in 1 huis wonen vormen géén gezamenlijk huishouden, in tegenstelling tot wat er in het corona protocol arbeidsmigranten gesteld wordt.
   - De noodverordening van de Veiligheidsregio's (en de algemene regels van de rijksoverheid) zijn heir heel duidelijk over: *Onder een huishouden verstaan we echtgenoten, geregistreerde partners of andere levensgezellen en ouders, grootouders en kinderen, voor zover zij op één adres wonen. Woongroepen, tehuizen en studentenhuizen vormen dus niet één huishouden.*
   - Dat betekent dat er bij het vervoer van arbeidsmigranten 1,5 meter afstand gehouden moet worden.
   - Verwacht weinig van additioneel advies RIVM op dit punt en er wordt nu al strak gehandhaafd. PBM's zijn theoretisch niet noodzakelijk als er goede triage op klachten is. Dat moet dan wel geborgd zijn.

7. <u>Coördinatie VR/GGD (vraag NVWA)</u>

287316

- Onbekend welke vraag hier precies bedoeld wordt – maar het lijkt erop dat de branche onrustig wordt van het improviseren van div vz VR (belde COV over)
- Er is een brief onderweg naar de Vz VR met uitleg van bevoegdheden bij deze opgave en de oproep om met DPG'n af te stemmen.
- De VR'n zouden er goed aan doen om hun handhavingsbeleid op elkaar af te stemmen. Dat is echter aan het veiligheidsberaad

8. Rondvraag, datum volgend overleg en sluiting

ZOZ: vragen en antwoorden van deze week

Vragen van deze week en antwoorden tot nu toe

Aan SZW

- De minister wil weten hoe je bron- en contactonderzoek doet bij arbeidsmigranten of andere reizigers (zigeuners/kermisklanten etc). En hij vraagt zich af hoe we bv omgaan met arbeidsmigranten die nu thuis in Polen zijn en over twee weken weer naar Nederland komen om te werken. Moeten we wellicht de grenzen sluiten en/of zijn er meer of andere maatregelen die we moeten nemen om met dit potentiële risico te voorkomen?

  SZW: zijn ze nog helemaal niet voor in positie, departement is nog niet opgelijnd. We moeten dus ISZW en GGD'n oplijnen, zodat ISZW hun kan helpen daarbij.

- Hoe zit het met het mandaat, werkverdeling van het aanjaagteam?

  SZW: het is een enorm versnipperd veld, waarbij meerdere inspecties en ook medeoverheden bij betrokken zijn. Er moet zowel binnen SZW als met deze partijen nog worden afgestemd. Het aanjaagteam is onafhankelijk en lijkt niet over 'dwangmiddelen' te beschikken, stelt in een adviesnotitie dat 'de maatregelen in de noodverorderingen moeten worden verwerkt' – maar ook daar zit vzv bekend nog geen actielijn op.

- Hoe wordt het protocol dat is beadviseerd door het RIVM geimplementeerd/gehandhaafd?

  Door de branche zelf (uitzendbedrijven), verder nog geen regie op kunnen ontdekken. Vanwege de versnippering van verantwoordelijkheden zit er geen integral toezicht/handhaving op. Werkvloer= ISZW, Tranport=IenW, wonen=BZK/gemeenten/private toezichthouders.

- Welk contact is er met de uitzendorganisaties, hoe gaat ISZW met ze om?

  Er is contact op vertegenwoordigingsniveau. Er liggen nog geen afspraken of een akkoord, anders dan het gemaakte protocol. Feitelijk geen 'operationele' relatie.

- Met wie kunnen de GGD'n schakelen als ze bijvoorbeeld over BCO willen schakelen met SZW/uitzendorganisaties.

  Nog niet bekend. Maar gezien het aansluiten van ISZW bij het overleg (vrij 1500) kunnen we dat vanmiddag uitvragen.

Openstaande punten met (10)(2e) 20200527

1. Welk advies gebruiken we of vragen we nog aan voor transport medewerkers?

Gezien dat we constateren dat het geen huishoudens maar woongroepen zijn, zou ik aan het advies van 1,5 meter vasthouden. Verwacht weinig van additioneel advies RIVM op dit punt en er wordt nu al strak gehandhaafd PBM's zijn theoretisch niet noodzakelijk als er goede triage op klachten is. Dat moet dan wel geborgd zijn.

2. Wat is het protocol bij negatieve testresultaten, zowel als er wel als geen huisgenoten besmet zijn?

   COV sprak uit dat ook bij huisgenootbesmettingen de quarantaine de bedoeling is. Dat is echter op basis van hun eigen protocol, in het protocol arbeidsmigranten is opgenomen dat er pas quarantaine volgt bij besmetting van een van de huisgenoten als de klachten daarvan wel worden. In de bijlage van het protocol staat zelfs letterlijk dat er bij milde klachten van jezelf en van huisgenoten mag worden doorgewerkt.

   De vraag van COV is waarom werknemers die geen positieve huisgenoten hebben en zelf negatief zijn wel een werkverbod hebben gekregen (Groenlo) en op basis waarvan. Moeten we nog uitzoeken.

3. Wat zijn de antwoorden op de OMT vragen arbeidsmigranten die bij het vorige advies niet zijn beantwoord?

   Die hebben we nog niet.

4. Welk advies heeft aanjaagteam SZW/Roemer gevraagd aan RIVM en wat is daaruit gekomen? (LNV zoekt al uit)

   Het aanjaagteam heeft via SZW specifiek gevraagd of de besmettingen van eenzelfde persoon/bron komen. Dat wordt nu door RIVM onderzocht. Er zijn geen andere vragen gesteld.

5. Waarom wil de VR afwijken van quarantaine termijn van 2 wkn naar 1 wk? (aan michiel gevraagd)

   Het klopt dat 1 wk +24 uur klachtenvrij conform beleid is (betreft dus NL, niet DL, heeft (10)(2e) met je besproken

6. Hoe zit het met de operationele samenwerking met Duitsland, specifiek t.a.v. dubbel testen/quarantaine medewerkers die over de grens wonen?

   Weten we nog niet, moeten we aan DPG'n vragen.

7. Wat is er uit het uitzoekwerk van (10)(2e) gekomen met wjz?

   Quarantaine beschikkingen moeten wel individueel worden gedaan, maar dit kan op basis van dezelfde tekst met iedere keer aan de persoon gericht. Als er niet aan de maatregel wordt voldaan is dit een strafbaar feit (4 jaar straf, geldboete 5^{e} cat) en zijn vz veiligheidsregio en OM aan zet.

8. Follow up (10)(2e) vragen arbeidsomstandigheden

287316

(10)(2e) had het verzoek zo begrepen alsof het alleen om VION Groenlo zou gaan. Vergt dus een grotere inspanning.

Verslag overleg minister woensdag

De belangrijkste zaken die vanmiddag bij de minister besproken zijn over de slachthuizen:

- Minister wil weten waar VWS over gaat nu duidelijk is dat LNV stevig in de lead is en waar precies de problemen zitten.

  Dit is het geval, het is duidelijk wat VWS doet ism RIVM en GGD'n. Wel de vraag hoe actiegericht LNV en SZW nu zijn.

- Beheersmaatregelen: het is niet mogelijk een collectieve beschikking te maken voor de quarantaine van de medewerkers, dit moeten allemaal individuele beschikkingen worden. Vraag is wat er moet gebeuren als iemand niet in quarantaine wil gaan. Dat is een strafbaar feit, dus dan met VZ VR het OM erbij halen. Is nog nooit voorgekomen, en moet dus nog worden uitgewerkt.

- Rolverdeling partijen: het lijstje moet verder worden uitgewerkt, nu nog onvoldoende helder wat de werkverdeling is en hoe precies wordt samengewerkt. Lijkt in de eerste stappen ook nog wat moeizaam. Er moet eigenlijk een (dinsdag) uitvoeringsoverleg komen om op zeer korte termijn met een plan te komen waarin alle acties aan elkaar worden geknoopt.

287321

Overleg Hulpmiddelen 04-05-2018

Aanwezig: (10)(2e), (10)(2e) dPG, (10)(2e) (10)(2e), bpz, dco, mmzs, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) LZ

Persoonlijke beschermingsmiddelen contactberoepen

De minister geeft een terugkoppeling op het mogelijke OMT-advies en communiceert een verwachting over de besluitvorming van het Kabinet ten aanzien van het gebruik van ((niet-)medische) mondkapjes bij contactberoepen. Er worden overleggen gepland tussen de minister en verschillende brancheverenigingen. Morgen overleg VNO/NCW, MKB-Nederland, later VNO-NCW/MKB-Nederland en kappers. Aan LCH wordt gevraagd of hij het merkt wanneer er concurrentie zou optreden. (10)(2e) (10)(2e) zegt dat dit het geval is wanneer meer partijen zich bij het LCH melden omdat zij het anders niet voor elkaar krijgen.

Persoonlijke beschermingsmiddelen voor zorg

(10)(2e) (10)(2e) geeft een toelichting op een nota die hij heeft toegestuurd aan de minister waar het gebruik van mondkapjes wordt berekend aan de hand van enkele scenario's. (10)(2e) stelt voor hier een verdiepingsslag op te voeren, maar merkt op dat alle categorieën inclusief de huishoudelijke hulp zijn meegenomen.

Er wordt gesproken over de persoonlijke beschermingsmiddelen voor medewerkers in de huishoudelijke hulp. MMZS vraagt om in kleine kring nog een close analyse te doen bij de verschillende groepen, bijvoorbeeld bij de pgb-houders. Ook wordt gesproken over de beschikbare persoonlijke beschermingsmiddelen na de opschaling van de reguliere zorg. Minister geeft aan dat vanavond nadere informatie volgt over wat er per week aan nieuwe persoonlijke beschermingsmiddelen binnenkomt, LCH bevestigt dit. DGCZ maakt de koppeling met de verzamelbrief corona. MMZS merkt op dat we dit vrij restrictief kunnen opschrijven in deze brief. Bij het overleg met MMZS, DGLZ en de vakbonden donderdagochtend (FNV/CNV) zal ook iets over de richtlijnen worden medegedeeld.

1. Gesprekken komende dagen:
    a. Debatbespreking 18.15 – 18.30u
    b. I&W OV 19.00 - 19.30u – notitie GMT
    c. EZK (nog niet gepland) – notitie GMT

287324

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister MZS

Directeur-Generaal Curatieve Zorg
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Ontworpen door
(10)(2e))
(10)(2e) DGCZ

M +31(0)6 (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
1 mei 2020

nota

(ter informatie) Update Corona DGCZ 1 mei 2020

Paraaf directeur Paraaf DGCZ

1 Aanleiding voor deze nota

Hierbij ontvangt u de informatie set van vrijdag 24 april met alle actuele informatie op onderwerpen en actielijnen waar u verantwoordelijk voor bent tijdens de Corona crisis. Deze set bevat alleen onderdelen waarop nieuws is of een update kan worden gegeven op de cijfers.

Kamerbrief

Bijgevoegd treft u de conceptteksten op uw terrein voor de Kamerbrief van volgende week woensdag 6 mei. Het betreft:

1. Tekst over het opstarten van de reguliere zorg. Deze tekst is nauw afgestemd met betrokken partijen, waaronder de NZa.
2. Tekst over algemene monitoring van geneesmiddelen. Deze tekst wordt begin volgende week ingekort en samengevoegd in de tekst over de reguliere zorg.

Voor beide tekstpassages geldt dat deze binnen het verhaal van DGV moet passen. Dit verhaal wordt zondag in het Catshuis besproken. Maandag zal n.a.v. de terugkoppeling van het Catshuisgesprek en n.a.v. uw reactie op deze tekstpassages worden bezien hoe de CZ tekstpassages in het bredere verhaal van PG wordt vervlochten.

PG is penvoerder van de teksten over mondkapjes voor contactberoepen en in de publieke ruimte. Wij zullen vanuit DGCZ-kolom scherp meelezen en zo nodig aanvullen. U wordt via PG geïnformeerd over de nu voorliggende scenario's hierop.

Brief over PBM aan branches/zorginstellingen

Bijgevoegd treft u een conceptbrief voor de zorginstellingen over ons beleid inz. PBM. Deze informatie komt ook op de website van de overheid te staan. Met deze brief hopen we dat instellingen meer informatie te geven waar ze terecht kunnen voor hun aanvragen en vragen en hopen we tegelijkertijd dat

287324

we in de Kamerbrieven niet meer wekelijks de informatie over het LCH hoeven te vermelden.

PBM
In de crisisstaf van 1 mei zijn een aantal acties met u afgesproken. Hieronder treft u de stand van zaken:

1. (10)(2e) (10)(2e) maakt de (her)berekening voor de opschaling van de zorg, incl de factoren die hiervoor nodig zijn (distributie +tijdsfactor) en betrekt GGD-GHOR hier ook bij.

2. (10)(2e) gaat i.o.m. LZ de signalen van de thuiszorg na
Toelichting: de signalen van de thuiszorg zijn naar het LCH gestuurd voor verdere opvolging.

3. (10)(2e) gaat i.o.m. LZ na of de RIVM-richtlijn genuanceerd kan worden en (10)(2e) (10)(2e) beziet wat dit dan betekent voor de berekeningen.
Toelichting: LZ pakt deze actie op.

4. (10)(2e) zet bij EZK de vraag uit welke branches we moeten betrekken bij het vraagstuk over community masks (vs chirurgisch). Op korte termijn wil de minister met kappers spreken. Dit moet samen met MEZK, zodra kabinetsbesluit er is.

5. (10)(2e) dringt bij EZK aan om na te denken hoe de markt voor community masks wordt bevorderd (m.a.w.; hoe vergroten we het aanbod)
Toelichting: Ambtelijk EZK informeert Eric Wiebes dat u zondag met elkaar spreekt over rol bedrijfsleven inzake beschermingsmiddelen. Gaat daarbij om twee dingen:

   - Hoe voorkomen we dat bedrijfsleven onnodig beschermingsmiddelen koopt die nodig zijn voor de zorg? Ambtelijk EZK gaf aan dat we hier afspraak over kunnen maken met VNO/NCW. Ook aangekondigd dat u graag met kappersbranche zou willen spreken.

   - Hoe zorgen we dat het bedrijfsleven zorgt voor grootschalig aanbod van community maskers. Hier leek EZK zich nog niet echt bewust van potentiele omvang getallen die dan nodig zouden kunnen zijn. Dachten nog lang lijn opschaling productie machines die nu FFP2 maskers maken en straks ook chirurgische maskers. Erop gewezen dat we geen verdringing willen, maar juist extra. Vraag is wat moet/kan overheid nog doen om het aanbod op gang te helpen of gaat de markt vanzelf in voldoende community maskers voorzien?

   EZK onderschreef nog eens dat de besluitvorming de komende week de voorziening van de zorg van de noodzakelijke beschermingsmiddelen niet in het gedrang mag komen.

6. BPZ zorgen ervoor dat er dagelijks (t/m debat) een overleg wordt ingepland over mondkapjes/LCH, met in ieder geval als aanwezigen: (10)(2e) (10)(2e), PG, LZ, (10)(2e (10)(2e) evt (10)(2e)
Toelichting: overleggen zijn dagelijks ingepland van 8:15-9:00

2 Onderwerpen update 2 mei
Hieronder vindt u de updates op de volgende onderwerpen:
1. Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

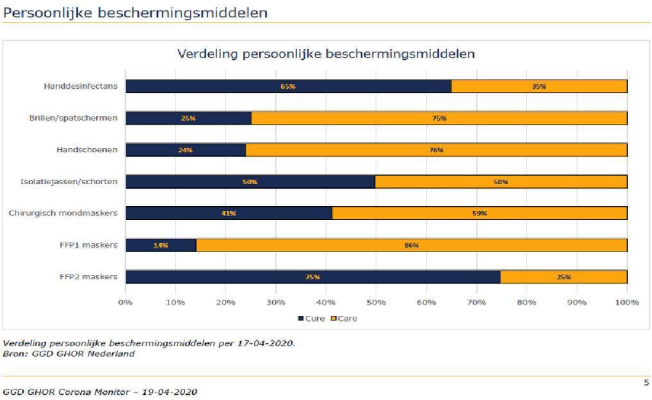
2. IC Capaciteit
3. Productie in Nederland
4. Geneesmiddelen
5. Internationale ontwikkelingen
6. Financiële situatie Zvw

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

1. Hulpmiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen
Stand 24 april 2020

- Stand van zaken LCH; Er worden nog steeds veel inspanningen verricht om de werkwijze van het LCH te optimaliseren. Tevens zijn we nog bezig om de communicatiestrategie van LCH steviger neer te zetten. De laatste inkoopcijfers van het LCH dateren van dinsdag 21 april en zijn bijgevoegd (zie



bijlage; cijfers LCH 21 april). De nieuwe cijfers van het LCH worden zaterdag 25 april verwacht.

- Verdeelmodel persoonlijke beschermingsmiddelen: Op 17 april is de laatste update ontvangen van de GGD-GHOR t.a.v. van de gewijzigde verdeling van pbm's tussen de curatieve en langdurige zorg. Onderstaand diagram laat zien dat de pbm's ook duidelijk de langdurige zorg bereiken. De FFP-1 maskers zijn vooral geleverd aan de langdurige zorg, waar FFP-2 maskers hoofdzakelijk zijn uitgeleverd voor behandelingen in de curatieve zorg. Dit is ook logisch gezien de handelingen waar FFP2 voor nodig is.
  Diagram: Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen care/cure d.d. 17 april.
  Diagram: Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen care/cure d.d. 17 april, dit is de laatste update. Volgende week volgt een nieuwe.

- Hergebruik persoonlijke beschermingsmiddelen: Het RIVM heeft vorige week een beknopt onderzoek uitgebracht naar het hergebruik van isolatiejassen middels gammastraling. Uitkomst is dat jassen tot maximaal 2 keer kunnen worden hergebruikt na sterilisatie gammastraling. Er is een proces opgezet om de isolatie jassen op te halen bij ziekenhuizen voor sterilisatie. Inmiddels wordt er door LZ en GMT ook gewerkt aan het vergelijkbaar proces voor de langdurige zorg. De afgelopen dagen zijn 140 dozen met jassen voor behandeling naar het bedrijf gestuurd (nog niet

287324

duidelijk hoeveel daar inzitten)

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

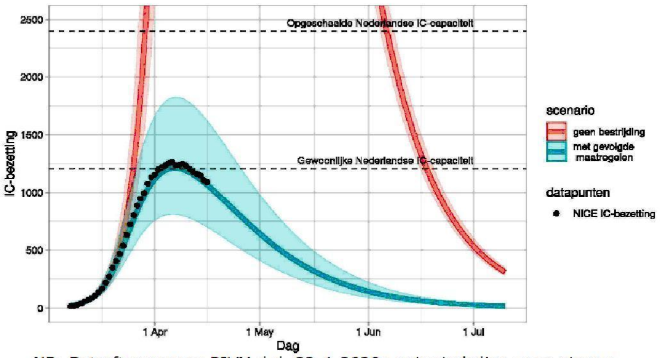
Kenmerk

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

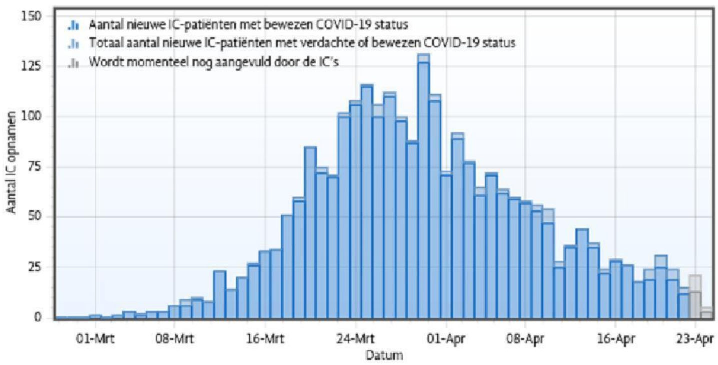
2. IC capaciteit
Stand 24 april 2020

A. *Prognose RIVM (d.d. 22 april, t.b.v. technische briefing)*



- NB: Betreft prognose RIVM d.d. 22-4-2020; er is sindsdien geen nieuwe prognose gepubliceerd.
- NB: Het OMT-advies van 20-4-2020 geeft een verwachting van 700 COVID IC-bedden rond 1 mei 2020.

B. *Bezetting IC-bedden in Nederlandse ziekenhuizen (d.d. 24 april, 13.00 uur)*



- *NB: Cijfers LCPS – beeld 21 april (geen actuelere cijfers beschikbaar):*
  1087 Covid IC-opnames; 71 minder dan op 20 april
  Daarvan 1039 in Nederland; 69 minder dan op 20 april
  Daarvan 48 in Duitsland; 2 minder dan op 20 april (terugplaatsingen)

3. Productie in NL
Stand 24 april 2020

Beademingsapparatuur

287324

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

VWS is met drie initiatieven actief in contact voor de ontwikkeling van zelfbouw beademingsapparatuur, te weten: Demcon, Freebreathing (Radboudumc), OperationAir (TU Delft).

Demcon
Demcon heeft het proces van technische, pre-klinische en klinische testen goed doorlopen. Tevens was er een positieve rapportage vanuit het onafhankelijk instituut Dekra. Demcon zal overgaan tot het leveren van (10)(1c) apparaten. Vanwege de voorkeur voor apparatuur met een CE markering zal deze apparatuur uitsluitend voor noodsituaties beschikbaar worden gesteld. De kans dat de Demcon apparatuur daadwerkelijk wordt ingezet neemt af omdat de noodzaak voor apparatuur is afgenomen. Demcon is in overweging gegeven om het apparaat door te ontwikkelen naar een CE goedkeuring, dit mede op advies van het IC expertteam en de IGJ.

OperationAir & FreeBreathing
Met betrekking tot de initiatieven OperationAir en Freebreathing zijn grote stappen gezet, maar voor beide initiatieven geldt dat de kwaliteit en het toepassingsbereik nog onvoldoende is voor toelating als noodapparatuur. Voor beide initiatieven maken we afspraken over lager af te nemen aantallen producten ter dekking van de ontwikkelkosten.

Mondmaskers en overig pbm's
- Auping is deze week gestart met productie en bouwt op naar minstens (10)(1c) stuks per week over 3 weken.
- Afpro en Sion starten op, maar moeten de certificering nog rond krijgen. Dat duurt nog enkele weken.
- Het bedrijf de Mondmaskerfabriek start komende week de productie van chirurgische mondmaskers. Ook hier geldt dat certificering nog rond moet komen. Zij kunnen ca. (10)(1c) mondmaskers per week gaan leveren en er wordt gesproken over uitbreiding van de capaciteit. Daarnaast wordt gesproken met een tweede bedrijf uit Limburg.
- Er lopen gesprekken met een consortium rondom de productie van isolatiejassen. Initieel kunnen deze in derde landen worden geproduceerd, waarna de productie van (herbruikbare) jassen in Nederland kan opstarten.

Daarnaast wordt met o.a. DSM gepraat over de opstart van productie van filtermateriaal voor mondmaskers. DSM wil een zekere garantie op productie in Nederland (1.5-2mln FFP2).

4. Actualiteiten op beschikbaarheid van geneesmiddelen
In de bijlage vindt u weer het landelijke beeld beschikbaarheid geneesmiddelen. Dit geeft weer het beeld dat de beschikbaarheid van coronamiddelen voldoende en redelijk stabiel is.

5. Internationale ontwikkelingen
België
- Er is contact geweest met de Belgische Covid19 taskforce. België lijkt op 3 mei uit lockdown te gaan. Er wordt gewerkt aan textiele mondmaskers voor het publiek (met reinigingsprotocol).
- België heeft behoefte aan FFP2 maskers, maar heeft andere materialen (chirurgisch, jassen, brillen en handschoenen). Verder wil het graag protocollen uitwisselen over testen (van inkomende partijen FFP2 uit China) en hergebruik.

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Kenmerk

- Daarnaast is samenwerking op productiegebied denkbaar en wellicht ook afstemming rondom beleidsmaatregelen/ advisering
- Volgens de Belgen is het beleid in Frankrijk dat voor het algemene publiek alle (textiele of andersoortige) mondkapjes voldoen. België kiest de lijn van Nederland en wil enige kwaliteit borgen.

- Internationaal: De EC heeft, mede op basis van het verzoek van NL en andere lidstaten, het export autorisatieregime niet alleen beperkt tot de mondneusmaskers. Ook isolatiejassen blijven op de lijst van het exportverbod staan en spatbrillen zijn eraan toegevoegd. Nederland heeft bij het stemmen een verklaring opgestuurd waarin staat dat we grote tekorten aan handschoenen ervaren.
  Mocht na een aantal dagen blijken dat de handschoenen nog schaarser worden (omdat ze weer geëxporteerd worden) dan is er een clausule in de verordening om de handschoenen alsnog aan de lijst van het exportverbod toe te voegen.

  Verder is het effect van de Joint Procurement voor de gezamenlijk aanbesteding van diverse pbm's tot op heden beperkt. Zo zijn handschoenen bijvoorbeeld niet via deze route te verkrijgen. Lidstaten blijven hiermee vooralsnog aangewezen op nationale inkoop.

6. Financiële situatie Zvw
Continuïteitsbijdrage en meerkosten
Op 24 april heeft ZN haar concept-opzet van de regeling continuïteitsbijdrage gedeeld met ZiNL, NZa en VWS. De opzet ziet er over het algemeen gedegen en doordacht uit en de percentages doorlopende kosten, die door Gupta zijn berekend, liggen hoger dan verwacht. Er zijn echter een aantal principiële discussiepunten die in het bestuurlijk overleg van DGLZ met ZN en vzZK en vzVGZ (24 april einde van de dag) besproken moeten worden. Daarbij gaat het onder andere over een generieke korting van (10)(2b) die verzekeraars willen toepassen op de continuïteitsbijdrage, de prikkelwerking die zij willen invoeren om inhaalzorg te bevorderen en de samenhang van de continuïteitsbijdrage met de rijksregelingen. ZN wil op dinsdag 28 april in de bestuursvergadering besluiten, zodat zij hun regeling cf tijdsplan voor 1 mei publiek kunnen maken.

Spreeklijn Mondneusbescherming

- Ten aanzien van thema beschermingsmiddelen heb ik Het OMT gevraagd om advies uit te brengen over de inzet van mondmaskers bij contactberoepen en in openbare ruimtes.
- Het OMT geeft aan dat het belangrijk is om de algemene hygiënische adviezen zoals geen handen schudden, handen wassen en thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten strikt te blijven volgen.
- Alleen zo kan er versoepeling van de maatregelen in de overgangsfase plaatsvinden.
- Ik ga nu in op het gebruik van beschermingsmiddelen
  - In de zorg
  - Bij contactberoepen
  - En in de openbare ruimte/in het OV

Beschermingsmiddelen in de zorg

- Alle zorgprofessionals moeten er op kunnen rekenen dat zij hun werk veilig kunnen doen. Het gaat dan om **medische** beschermingsmiddelen, waaronder **medische** mondmaskers. Het is essentieel dat deze medische mondmasker gereserveerd blijven voor de zorg.
- Er zijn richtlijnen opgesteld voor wanneer welk medische mondmasker gebruikt moet worden en wanneer niet (o.b.v. besmettingsrisico's, niet o.b.v. schaarste). Dat geldt voor professionals in het ziekenhuis tot en met mensen die zorg thuis verlenen.

Spreeklijn Mondneusbescherming

- Ook zorgverleners die bij de zorg thuis risico's lopen en de zorg en ondersteuning niet kunnen uitstellen, hebben passende bescherming nodig. In de richtlijnen is meer ruimte gemaakt voor een professionele afweging in specifieke situaties. Daarvoor moet de medewerker voortaan kunnen beschikken over een 'reservepakketje' aan **medische** beschermingsmiddelen.

Contactberoepen

- Voor contactberoepen geldt dat zij hun activiteiten vanaf 11 mei weer kunnen opstarten.
- Het uitgangspunt voor contactberoepen is om ook hier de strikte hygiënemaatregelen te hanteren en daarnaast een check te doen op Covid-achtige verschijnselen.
- Het OMT heeft aangegeven dat mondkapjes niet nodig zijn. Als er toch de wens is om hier gebruik van te maken, staat dat hen vrij, maar gebruik dan in ieder geval **niet medische** mondkapjes, want die zijn voorbehouden aan de zorg.

Openbare ruimte/Openbaar vervoer

- Omdat het niet mogelijk is om individuele afspraken te maken met reizigers in het openbaar vervoer heeft het kabinet daarom besloten om per 1 juni het dragen van **niet-medische** mondkapjes in het openbaar vervoer verplicht te stellen voor reizigers. Vanaf nu geldt het dragen van niet medische mondkapjes in het OV als een advies.
- Hierover zal snel informatie voor reizigers beschikbaar zijn.

Spreeklijn Mondneusbescherming

Zijn personen in het OV dan beter beschermd dan de mensen zorg thuis?

- Nee. De situatie is verschillend. Bij de zorg thuis kan de individuele situatie beter worden beoordeeld en besproken om te bepalen of er mondmaskers nodig zijn of niet. Als het nodig is, worden medische mondmaskers gebruikt.
- In het OV kan geen gesprek of toets plaatsvinden bij elke reiziger. Daarom zijn mondmasker daar verplicht. Het gaat dan om niet-medische mondmaskers.

VSO-antwoorden op 20 vragen : LZ

Fractie: SP

Vraagnr.: 1

Vraag:
Zijn zorgaanbieders verplicht om het advies van het RIVM te volgen of dat dit een dringend maar toch vrijblijvend advies is. Kan de minister aangeven wat er gedaan wordt zodra zorgaanbieders van de richtlijnen afwijken?

Antwoord:
De richtlijnen van het RIVM geven aan wat de uitgangspunten zijn voor het professioneel handelen in verschillende situaties. Deze uitgangspunten zijn door de beroepsgroepen per sector nader ingevuld en vertaald, rekening houdend met de context en doelgroep. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze richtlijn of uitgangspunten. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het bieden van goede en veilige zorg. De IGJ ziet hierop toe en kan de zorgaanbieders hier zo nodig op aanspreken.

287333

Fractie: PVV

Vraagnr.: 8

Vraag:
Waarom is naar aanleiding van het 60e OMT COVID-19 van 18 maart jl. niet voor gekozen om de verpleeghuismedewerkers met beschermingsmateriaal te laten werken?

Antwoord:
Naar aanleiding van dit advies van het OMT is op 20 maart de RIVM-richtlijn voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen buiten het ziekenhuis beschikbaar gekomen en de website van het RIVM geplaatst. Deze richtlijn geldt ook voor de verpleeghuiszorg en hierin is aangegeven in welke situaties het wel en niet nodig is om persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruilken.is in overleg met alle veldpartijen opgesteld.

Fractie: PVV

Vraagnr.: 9

Vraag: Genoemde leden vinden het onbegrijpelijk en onverantwoord dat niet alle verpleeghuismedewerkers bescherming kunnen dragen. Te allen tijde. De schaarste kan toch niet leiden tot adviezen die zich aansluiten bij de schaarste? Die dingen moeten toch los van elkaar gezien worden?

Antwoord:
Het RIVM heeft samen met veldpartijen uitgangspunten opgesteld voor het gebruik van PBM bij zorg buiten het ziekenhuis. Deze uitgangspunten gaan uit van besmettingsrisico's en zijn gebaseerd op veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten bij (verdenking van) COVID-19. Daarbij is aangegeven dat gepast gebruik heel belangrijk is en dat algemeen preventief gebruik niet nodig is en ook niet verstandig omdat het de schaarste vergroot en ten koste kan gaan van anderen in de zorg.

Fractie: PVV

Vraagnr.: 10

Vraag:
Herinnert de minister zich zijn twitterbericht van 22 maart jongsleden waarin hij foto's van zichzelf postte terwijl hij met dozen met mondkapjes sjouwde en dat erbij werd geschreven dat deze voor de verpleeghuizen en de thuiszorg waren? Realiseert hij zich dat hij daarmee de indruk wekte dat voor die sectoren ruimschoots beschermingsmiddelen beschikbaar waren, terwijl zij in werkelijkheid nog wekenlang, totdat op 13 april jl. het nieuwe verdeelmodel werd ingevoerd, achteraan in de rij bleven staan en nog steeds volgehouden wordt dat beschermingsmiddelen in de verpleeghuizen niet hoeven op afdelingen waar geen corona heerst?

Antwoord:
Ik was en ben er me terdege zeer bewust van het belang van het gebruik van beschermingsmiddelen in de zorg. Ik deelde ook de zorg dat ze van meet af aan niet in voldoende mate beschikbaar waren. Wel was ook al voordat het verdeelmodel werd ingevoerd een deel van de mondkapjes beschikbaar voor de sectoren in de langdurige zorg, maar heeft de nadruk zoals eerder aangegeven in die periode gelegen bij de acute zorg. Daarom is alles op alles gezet om voldoende middelen beschikbaar te krijgen. Inmiddels is door inspanningen van velen het aantal beschikbare beschermingsmiddelen aanzienlijk toegenomen. Via een verdeelsysteem wordt geborgd dat deze middelen terecht komen waar zij op dit moment het hardste nodig zijn. Ook voor personeel in de verpleeghuizen en in de thuiszorg zijn beschermingsmiddelen beschikbaar. Daarbij geldt dat de richtlijnen van het RIVM worden gevolgd en dat daarin is aangegeven dat algemeen preventief gebruik van beschermingsmiddelen niet nodig is.

Fractie: PVV

Vraagnr.: 11

Vraag:
Ondanks het bezoekverbod vanaf 20 maart jl. zijn er veel mensen in verpleeghuizen getroffen door COVID-19. Is dit een gevolg van het ontbreken van beschermingsmiddelen? Zo nee, hoe zijn deze mensen dan besmet geraakt en waarom zijn voorzorgsmaatregelen met betrekking tot persoonlijke beschermingsmiddelen niet nodig?

Antwoord:
Het is lastig om precies aan te geven wat de oorzaak is van de stijging van het aantal besmettingen in verpleeghuizen, omdat we dit niet precies kunnen achterhalen. Het RIVM geeft aan dat er voor het toenemend aantal meldingen van COVID-19 in de verpleeghuizen meerdere redenen kunnen zijn. De kans op verspreiding in de verpleeghuizen is hoog, mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf en het intensieve contact tussen bewoners en zorgpersoneel. Ook kan het te maken hebben met het feit dat bij mensen met dementie hygiëne maatregelen lastiger te handhaven zijn. Daarbij zijn beschermingsmiddelen wel nodig voor de situaties die in de uitgangspunten van het RIVM zijn aangegeven. Verder is het van belang om de algemene preventieve maatregelen toe te passen zoals de hygiëneregels, afstand houden, de bezoekregeling en de isolatiemaatregelen.

Fractie: Groen Links

Vraagnr.: 20

Vraag:
Wanneer is voor de eerste keer een inventarisatie gedaan hoeveel persoonlijke beschermingsmaterialen, en specifiek mondkapjes, benodigd zijn in de verpleeghuiszorg? Wanneer is deze inventarisatie ook voor de eerste keer gedaan voor de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de maatschappelijke opvang, jeugdzorg, thuiszorg, fysiotherapeuten en huisartsenzorg? Wat was de omvang van de ramingen in deze sectoren? Wanneer zijn deze ramingen bijgesteld? Wie maakten deze ramingen?

(NB: GL wil gegevens in een overzichtelijke tabel)

Antwoord:

Deze vraag heb ik uitgezet bij GMT

Fractie: ChristenUnie

Vraagnr.: 29

Vraag:
Acht de minister het niet zeer wenselijk om, als er geen schaarste meer is aan beschermingsmiddelen, zo snel mogelijk te starten met het preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen binnen een verpleeghuis om daarmee besmetting van bewoners te voorkomen?

NB: vragensteller wijst op dat het herkennen van COVID bij verpleeghuisbewoners moeilijk is en dat besmetting via medewerkers kan plaatsvinden die pas later erachter komen dat ze besmet zijn.

Antwoord (onderstaand antwoord houdt geen rekening met beide kanttekeningen uit de nb):
Het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en in het bijzonder mondneusmaskers wordt in de verpleeghuiszorg alleen geadviseerd bij de verpleging van mensen met (verdenking van) COVID-19. Het OMT heeft aangegeven dat het uit voorzorg gebruiken van PBM bij patiënten die geen (verdenking op) COVID-19 hebben niet nodig is. Verder is het van belang om de algemene preventieve maatregelen toe te passen zoals de hygiëneregels, afstand houden, de bezoekregeling en de isolatiemaatregelen. Ook is het met het verruimde testbeleid mogelijk om zowel medewerkers als patiënten te testen zodra ze klachten hebben.

Fractie: PVV

Vraagnr.: 37

Vraag:
Hoe heeft het kunnen gebeuren dat in 11% van de gehandicapteninstellingen corona heerst? Wil de minister ervoor zorgen dat bij de verdeling van beschermingsmiddelen de gehandicaptensector op de juiste wijze wordt meegenomen? Kan de minister ervoor zorgen dat mensen in instellingen en thuis toegang krijgen tot voldoende bescherming? Dit geldt ook voor mensen die hun zorg via een pgb regelen.

Antwoord: Deze vraag is inmiddels opgepakt door DMO en Inge heeft meegekeken. Zij komen met antwoord.

[Mensen in een gehandicapteninstellingen zijn kwetsbaar en leven dichtbij elkaar, waardoor de kans op een snelle verspreiding van het virus op een afdeling of locatie zeer groot is. Dit brengt helaas ook met zich mee dat deze groep mensen gevoelig is voor besmettingen en er ook hier sterfte optreedt die veel hoger ligt dan anders het geval is. Ik vind het belangrijk dat zorgmedewerkers in de gehandicaptensector en andere sectoren waar patiënten met COVID-19 worden verpleegd (zoals bijvoorbeeld thuis al dan niet met een pgb) veilig hun werk moeten kunnen doen. Daarom gaat het nieuwe verdeelmodel voor beschermingsmiddelen uit van een verdeling op basis van besmettingsrisico's in bepaalde behandelsituaties en niet van een verdeling over sectoren.]

Fractie: D66

Vraagnr.: 43 levert INGE aan

Vraag:
Is de minister bereid om naasten mee te nemen in de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen en testcapaciteit zodat sneller de mogelijkheid ontstaat een bezoek aan de instelling in de gehandicaptenzorg te brengen of de verzorging verantwoord thuis te kunnen doen?

Antwoord (NB: nog ingaan op BPM en testen voor naasten die op bezoek willen gaan bij een instelling voor GHZ):
Zoals in mijn brief van 6 mei jl. aangegeven heeft het RIVM een nieuwe richtlijn gemaakt voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) door mantelzorgers die intensieve zorg verlenen, PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg. Vanaf medio mei is dit logistiek ingeregeld. Voor de continuïteit van de zorg is het belangrijk dat ook zorgverleners die thuis zorg en ondersteuning leveren getest kunnen worden, zoals mantelzorgers en vrijwilligers in de palliatieve zorg thuis en PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners. Deze groepen kunnen zich, op basis van een nieuwe richtlijn, per 18 mei as. laten testen. Het testen en verstrekken van persoonlijke beschermingsmiddelen gebeurt voor niemand preventief. Dit geldt dus ook voor bezoekers aan zorginstellingen. Zorginstellingen in de gehandicaptenzorg hanteren het nee, tenzij principe waarin zij zelf kunnen beoordelen op welke veilige manier zij bezoek voor cliënten kunnen toestaan.

Fractie: PvdA

Vraagnr.: 132

Vraag:
Is de minister van mening dat het restrictieve testbeleid, dat bijdroeg aan het achterblijven van de toevoer van testmaterialen, aan de verspreiding van het coronavirus heeft bijgedragen? Zo nee, betekent dit dat de minister immer van mening is geweest dat een veel eerdere uitbreiding van de testmogelijkheden op besmetting met het virus overbodig was?

Antwoord:
Het is lastig om precies aan te geven wat de oorzaak is van de stijging van het aantal besmettingen in verpleeghuizen, omdat we dit niet precies kunnen achterhalen. Het RIVM geeft aan dat er voor het toenemend aantal meldingen van COVID-19 in de verpleeghuizen meerdere redenen kunnen zijn. De kans op verspreiding in de verpleeghuizen is hoog, mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf en het intensieve contact tussen bewoners en zorgpersoneel. Ook kan het te maken hebben met het feit dat bij mensen met dementie hygiëne maatregelen lastiger te handhaven zijn. Zodra het mogelijk was gezien de beschikbare testcapaciteit is het testbeleid uitgebreid om ook alle medewerkers en bewoners in verpleeghuizen met klachten te testen.

Fractie: PvdA

Vraagnr.: 135

Vraag:
Kan de minister een duidelijk en gedetailleerd overzicht geven van welke verschillen er bestaan in testcapaciteit, testbeleid en het aantal besmette zorgmedewerkers, het aantal besmette verpleeghuisbewoners, en het verschil tussen het aantal bewoners van verpleeghuizen dat is overleden tussen het noorden van het land, waar het testbeleid geldt van prof. dr. A.W. Friedrich, hoogleraar en afdelingshoofd Faculteit Medische Wetenschappen/UMCG, en de rest van Nederland?

Antwoord: (nog voor check voorgelegd aan Reinier/Eline)
Het aantal bewoners van verpleeghuizen dat is overleden ten gevolge van corona is in het noorden van het land lager dan in de rest van Nederland, net als het totale aantal gemelde patiënten, het aantal in het ziekenhuis opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten. Ik beschik niet over gegevens die een relatie leggen met testcapaciteit en testbeleid.

Fractie: CDA

Vraagnr.: 136

Vraag:
Is de minister het eens is met het advies van het OMT dat gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen afgeraden wordt op afdelingen waar geen COVID-19 is geconstateerd? Is dit advies alleen terug te voeren is op schaarste of dat men ervan overtuigd is dat het naleven van de RIVM-richtlijnen besmetting kan voorkomen. Hoe wordt de oproep beoordeeld van de heer De Blok (Thuiszorg Nederland), dat overal waar zorgverleners kwetsbare ouderen verzorgen en verplegen men ook bij geen vermoeden van COVID-19 persoonlijke beschermingsmiddelen moet gebruiken?

Antwoord:
Ik baseer mij op de adviezen van het OMT en de uitgangspunten van het RIVM. Deze zijn gebaseerd op beschikbare wetenschappelijke inzichten. De door het RIVM opgestelde uitgangspunten gaan uit van besmettingsrisico's en zijn gebaseerd op veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten bij (verdenking van) COVID-19 en niet op schaarste. Daarin is aangegeven dat algemeen preventief gebruik van beschermingsmiddelen niet nodig is.

Fractie: CDA

Vraagnr.: 138

Vraag:
Is bekend is of er meer wordt getest bij personeel in verpleeghuizen en instellingen voor mensen met beperkingen? Is dit in een percentage is aan te geven? Is voldoende (extra handen) personeel beschikbaar is om personeel thuis te houden bij bijvoorbeeld verkoudheidsklachten? Worden hier ook afspraken tussen instellingen onderling over gemaakt? Kan het zorgkantoor hierin bemiddelen?

Antwoord:
Op dit moment beschik ik nog niet over gegevens over het aantal afgenomen testen onder zorgverleners. Ik heb betrokken partijen wel gevraagd mij dit inzicht te geven. Als ik dit inzicht heb, zal ik u hierover informeren in mijn stand van zakenbrief.

Ik heb geen signalen ontvangen over tekorten aan personeel en over het maken van onderlinge afspraken tussen instellingen. *Klopt dit? Zou het nog een idee zijn om MEVA te vragen aan te vullen met het initiatief voor de poule met zorgmedewerkers?*

Fractie: D66

Vraagnr.: 139

Vraag:
Kan de minister reageren op veel signalen dat zorgverleners angstig zijn bij het uitvoeren van hun werk indien zij geen beschikking hebben over persoonlijke beschermingsmiddelen en dat de richtlijnen op dit gebied volgens ActiZ, V&VN en anderen onduidelijk of negatief, waardoor in veel gevallen het verzoek om persoonlijke beschermingsmiddelen afgewezen wordt? Moet voor deze kwetsbare groep niet het zekere voor het onzekere genomen worden? Klopt het dat nog steeds sprake is van onduidelijkheid over het risico van pre- en asymptomatische besmetting? Is de minister bereid om het OMT hierover om nader advies te vragen en met de ouderenzorgsector snel tot duidelijke richtlijnen te komen over het preventief gebruik van mondneusmaskers, waarbij de gezondheid van de ouderen en medewerkers voorop staat? Kan de minister tevens per sector aangeven wanneer de schaarste aan persoonlijke beschermingsmiddelen voldoende is afgenomen, zodat ruimte ontstaat voor preventief gebruik?

Antwoord:

Zie Kamerbrief gisteren hoofdstuk 3

Antwoord

Ik ken de signalen dat zorgmedewerkers angstig zijn bij het uitvoeren van hun werk en dat voor hen niet altijd duidelijk is wanneer beschermingsmiddelen wel en niet nodig zijn. Daarom zorg ik ervoor dat er aanvullende informatie komt om duidelijk uit te leggen wanneer deze middelen wel en niet nodig zijn en waar deze adviezen op gebaseerd zijn. Daarbij worden ook de meest recente adviezen van het OMT over pre- en asymptomatische besmetting meegenomen. De huidige uitgangspunten zijn gebaseerd op veiligheid voor medewerkers en cliënten/patiënten bij (verdenking van) COVID-19 en geven aan dat preventief gebruik van beschermende middelen als er geen sprake is van (verdenking van COVID-19 niet nodig is. Als de specifieke situatie erom vraagt kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van de uitgangspunten en medische beschermingsmiddelen gebruiken. Daarnaast is het belangrijk om bij elk begin van zorgverlening opnieuw de patiënt/cliënt naar zijn/haar gezondheidssituatie te vragen en per situatie te beoordelen of zorg veilig verleend kan worden.

Fractie: D66

Vraagnr.: 140

Vraag:
Is de minister bereid nader onderzoek te doen naar de effectiviteit om het gebruik van mondneusmaskers binnen een verpleeghuis niet te beperken tot alleen de afdeling waar een coronabesmetting geconstateerd is. Zijn er gevallen bekend dat zorgprofessionals nog geen klachten hebben en toch patiënten en/of cliënten hebben besmet? Zijn medewerkers voldoende geïnstrueerd hoe omgegaan moet worden met persoonlijke beschermingsmiddelen. Zijn er voldoende fysieke faciliteiten (zoals omkleedruimtes) zijn om hier uitvoering aan te geven?

Antwoord:
Wat betreft kennis over de effectiviteit van het gebruik van mondmaskers en de momenten waarop iemand besmettelijk is laat ik mij adviseren door het OMT. De adviezen van het OMT geven aan dat preventief gebruik van beschermende middelen als er geen sprake is van (verdenking van COVID-19 niet nodig is. Voor het instrueren van medewerkers is veel informatiemateriaal beschikbaar via o.a. de site van het RIVM en van Vilans. Ik ben ook in overleg met Vilans om dit waar mogelijk te verbeteren en aan te vullen. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgevers om hun medewerkers in staat te stellen om goede en veilige zorg te kunnen bieden en om te zorgen voor voldoende faciliteiten.

Fractie: PvdA

Vraagnr.: 147

Vraag:
Hoe kijkt de minister - in het licht van het artikel in de Stentor over zorgpersoneel op de Veluwe dat ontslag neemt uit angst voor corona [1] - terug op zijn uitspraken over beschermingsmiddelen tijdens de persconferentie van dinsdag 7 april jl.? Kan de minister zich voorstellen dat die uitspraken door zorgmedewerkers die 'in de frontlinie, maar zonder geweer', zoals zij het zelf uitdrukken, hun werkzaamheden moeten verrichten als een klap in hun gezicht zijn ervaren? Is de minister het met de eerdergenoemde woordvoerder van ActiZ eens dat 'het voortdurende tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen in de ouderenzorg onacceptabel is'? Zo nee, in welke zin is de minister het oneens met deze uitspraak?

Antwoord (aanzet):
Ik ben hier tijdens het Kamerdebat van 8 april op ingegaan. Ik heb daarbij aangegeven dat mijn antwoord over de persoonlijke beschermingsmiddelen tijdens de persconferentie de dag daarvoor ongelukkig was. Ik heb ook aangegeven dat de vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen sterk speelde in de verpleeghuiszorg en in de wijkverpleging en dat deze de medewerkere direct raakte en dat dat ook de reden is dat wij alles op alles zetten om te zorgen voor voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen. Daarnaast is een ander verdelingskader voor persoonlijke beschermingsmiddelen gemaakt dat heeft gezorgd voor een betere verdeling van beschermingsmiddelen zodat deze ook beschikbaar zijn voor de ouderenzorg en andere sectoren buiten de ziekenhuizen.

[1] De Stentor, 9 april 2020, 'Zorgpersoneel op de Veluwe neemt ontslag uit angst voor corona: 'Enorm gebrek aan beschermingsmiddelen'

Fractie: PvdA

Vraagnr.: 148

Vraag:
Welke boodschap heeft de minister voor zorgmedewerkers die ten einde raad, vanwege het gebrek aan beschermingsmiddelen, geen andere oplossing zien dan ontslag te nemen uit het vak waar ze met zoveel bezieling voor hebben gekozen. Is de minister van mening dat de zorgsector, tegen de achtergrond van het grote personeelstekort waarvan voor de coronacrisis al sprake was, het zich kan veroorloven om op deze wijze afscheid te nemen van mensen? Welke stappen worden genomen om te voorkomen dat dit vaker zal gebeuren?

Antwoord:
Sinds 13 april is het nieuwe verdeelmodel voor persoonlijke beschermingsmiddelen van kracht. Dit gaat uit van een verdeling op basis van besmettingsrisico's in bepaalde behandelsituaties en niet van een verdeling over sectoren. Daarmee vindt een betere verdeling plaats van de beschermingsmiddelen tussen en binnen de regio's wat bijdraagt aan het veilig kunnen werken van de medewerkers. Als een werknemer toch moet werken zonder PBM, dient hi hierover in gesprek te gaan met zijn leidinggevende of werkgever. Eventueel kan hij dit melden bij de Inspectie SZW en de IGJ.

Fractie: PvdA

Vraagnr.: 150

Vraag:
Is de minister van oordeel is dat in ieder geval de tot dan toe geldende richtlijnen omtrent het gebruiken van beschermingsmiddelen, het gebrek aan voldoende beschermingsmiddelen, het in zeer beperkte mate testen van medewerkers in verpleeghuizen en/of de tot nu toe van kracht zijnde instructie dat medewerkers met milde klachten en zolang ze geen koorts hebben aan het werk dienden te blijven aan die hoge besmettingsgraad van besmette verpleeghuismedewerkers hebben bijgedragen?

Zo nee, wat is volgens hem dan de oorzaak hiervan? Is de minister bereid tot aanpassing van genoemde richtlijnen. Zo ja, kan de minister garanderen dat bij het bijvoorbeeld aanscherpen van de richtlijnen rondom het gebruik van beschermingsmiddelen voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar zijn?

Antwoord
Het is lastig om precies aan te geven wat de oorzaak is van de stijging van het aantal besmettingen van medewerkers in verpleeghuizen, omdat we dit niet precies kunnen achterhalen. Het RIVM geeft aan dat er voor het toenemend aantal meldingen van COVID-19 in de verpleeghuizen meerdere redenen kunnen zijn. De kans op verspreiding in de verpleeghuizen is hoog, mede vanwege de gesloten setting, het langdurig verblijf en het intensieve contact tussen bewoners en zorgpersoneel. Ook kan het te maken hebben met het feit dat bij mensen met dementie hygiëne maatregelen lastiger te handhaven zijn. De richtlijn voor gebruik van pbm buiten het ziekenhuis is vanaf 20 maart van kracht en vanaf 20 maart was het advies om bij een zorgverlener met lichte klachten te kijken naar alternatieven zoals zorg uitstellen of een klachtenvrije medewerker inzetten. Als dit niet kon en ook geen 1,5 meter afstand gehouden kon worden of sprake was van vluchtig contact kon alleen gewerkt worden met persoonlijke beschermingsmiddelen bij persoonlijke verzorging of lichamelijke onderzoek. Daarvoor zijn momenteel voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar.

Fractie: D66

Vraagnr.: 162

Vraag:
Is de minister bereid om in gesprek te gaan met GGD 's om tot een uniforme richtlijn te komen voor het testen van medewerkers en bewoners in de langdurige zorg waarbij de veiligheid van cliënten en medewerkers voorop staat?

Antwoord:
Deze richtlijnen zijn beschikbaar. Het testbeleid zorgmedewerkers staat op de site van het RIVM. Wat betreft bewoners is op 10 april het behandeladvies van Verenso en de NVAVG aangepast en is het uitgangspunt om iedere patiënt met een verdenking op COVID te testen, ook na 1 à 2 positieve patiënten per afdeling/unit/woongroep.

Fractie: D66

Vraagnr.: 163

Vraag:
Is de minister bereid om te onderzoeken in hoeverre lessen getrokken kunnen worden uit het testbeleid van andere landen en op welke termijn een verdere uitbreiding van het testbeleid mogelijk zou kunnen zijn in de langdurige zorg?

Antwoord:
Zoals in mijn brief van 6 mei jl. aangegeven zal in juni het testbeleid worden uitgebreid naar alle volwassenen die klachten hebben. Bij mijn keuzes betrek ik inzichten uit het andere landen, zoals België en Denemarken.

VWS – Directie:

Fractie: **CU** **Kamerlid:**

Vraagnr: 5

Q: Kan de minister toezeggen dat kwetsbare bewoners van instellingen (verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg) die naar huis worden gehaald door familie om contact mogelijk te maken of hen beter te beschermen tegen het coronavirus gedurende de periode dat de crisismaatregelen van kracht zijn te allen tijde het recht behouden om terug te keren naar de instelling.

Als de familieleden besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt, na 14 dagen afwezigheid, moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en ook na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken, rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie, schriftelijk vast te leggen.

Fractie: VVD **Kamerlid:**

Vraagnr: 6

Q: De leden van de VVD-fractie signaleren echter wel dat de inhuizing in verpleeghuizen grotendeels stilligt als het gevolg van het coronavirus en dat daardoor een grote groep cliënten die niet meer zelfstandig thuis kan wonen niet de zorg en sociale begeleiding krijgt die nodig is. Is de minister zich daarvan bewust en zo ja, wat voor stappen wil hij ondernemen om dit proces weer op een verantwoorde manier op gang te brengen?

Ik zie dat er leegstand ontstaat in verpleeghuizen. Familieleden willen liever niet dat cliënten worden opgenomen vanwege de bezoekregeling of de angst voor besmetting. Het is niet zo dat er niemand opgenomen kan worden. Als de situatie thuis onhoudbaar wordt en er is nog geen Wlz indicatie, kan deze worden aangevraagd bij het CIZ, waarna een opname kan plaatsvinden. Ik vind het belangrijk dat de zorginstelling bereikbaar is voor vragen en samen met de familie kan kijken wat een goede oplossing is. Ik heb het vraagstuk leegstand reeds opgepakt en ben aan het onderzoeken hoe de continuïteit van zorg en deze in de verpleeghuizen voor nieuwe cliënten weer opgestart kan worden.

Fractie: PVV **Kamerlid:**

Vraagnr: 12

Q: Zou de minister zijn nog niet met het virus besmette moeder of vader in een instelling laten waar corona heerst? Aangezien in die instellingen het ziekteverzuim ook heel hoog is, kan het ophalen van ouders toch ook de zorg gedurende de crisis ontlasten? Via de koepelorganisatie Ieder(in) hebben de leden van de PVV-fractie signalen gekregen dat dit ook in de gehandicaptenzorg speelt. Kan de minister toezeggen dat mensen kunnen terugkeren naar hun woning en/of instelling?

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu er een bezoekregeling is en je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus. Echter iemand is niet voor niets opgenomen in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.
Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten

VWS – Directie:

uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en ook na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

Fractie: CDA **Kamerlid:**

Vraagnr: 13

Q: De leden van de CDA-fractie hebben begrepen dat een aantal mantelzorgers besloten heeft hun vader of moeder vanuit het verpleeghuis in huis te nemen, maar dat dit mogelijk kan betekenen dat de plaats die men vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) in de instelling heeft op termijn kan komen te vervallen. Iemand woont er immers (tijdelijk niet meer). Dit was eerder ook het geval als iemand langdurig in het ziekenhuis moest verblijven. Hoe kijkt de minister hier bij deze specifieke casussen tegenaan?

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu er een bezoekregeling is en je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus. Echter iemand is niet voor niets opgenomen in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.
Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en ook na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

Fractie: D66 **Kamerlid:**

Vraagnr: 16

Q: Deze leden vragen tevens of de minister kan borgen dat ouderen niet hun plaats in een instelling verliezen wanneer hun naasten vanwege de coronacrisis tijdelijk de zorg thuis overnemen.

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu er een bezoekregeling is en je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus. Echter iemand is niet voor niets opgenomen in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.
Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en ook na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

VWS – Directie:

Fractie: PvdA **Kamerlid:**

Vraagnr: 26

Q: Kan de minister een gedetailleerd overzicht verschaffen van de besmettingen van medewerkers in de verpleeghuissector in de rest van Nederland?

Het RIVM heeft vorige week een bericht uitgebracht waarin zij aangeven hoeveel zorgmedewerkers zijn gemeld met COVID-19. Dit betreft zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis.
Er zijn dus geen specifieke gegevens over besmettingen van zorgmedewerkers in de verpleeghuissector.

Fractie: 50Plus **Kamerlid:**

Vraagnr: 34

Q: Het OMT stelt dat het uit voorzorg gebruiken van persoonlijke beschermingsmiddelen bij bewoners zonder (verdenking op) COVID-19 niet nodig is. Waarom is dit niet nodig? Deze leden vragen of de schaarste aan beschermingsmiddelen invloed gehad heeft op het advies. Deze leden vragen daarbij ook of er niets aan het advies verandert op het moment dat er voldoende beschermingsmiddelen zijn.

Het is niet zinvol en niet nodig om uit voorzorg altijd persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken. Hoewel er soms coronavirus wordt aangetoond bij personen die (nog) geen klachten hebben, wordt het virus pas verspreid als het uit de neus of keel komt door hoesten, niezen of via de handen. Daarom is het belangrijker om altijd de hygiëne adviezen op te volgen. Dit advies blijft van kracht ook nu er meer persoonlijke beschermingsmiddelen beschikbaar zijn. De schaarste heeft dus geen invloed gehad op het advies.

Fractie: D66 **Kamerlid:**

Vraagnr: 41

Q: Is de minister bereid om parallel aan het verzoek bij de ouderenzorg te werken aan eenduidige richtlijnen voor het preventief gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen en dit mee te nemen in de verdeling van de middelen?

Daar waar er wordt gekeken naar preventief gebruik van beschermingsmiddelen, zal ik alle sectoren in de hele langdurige zorg meenemen. Ik wil geen onderscheid hierin maken.

Fractie: D66 **Kamerlid:**

Vraagnr: 44

Q: Kan de minister tevens borgen dat gehandicapten niet hun plaats in een instelling verliezen wanneer hun naasten vanwege de coronacrisis tijdelijk de zorg thuis overnemen?

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu er een bezoekregeling is en je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus. Echter iemand is niet voor niets opgenomen in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.

VWS – Directie:

Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en ook na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

Fractie: GL **Kamerlid:**

Vraagnr: 46

Q: Kan de minister toezeggen dat mensen die een naaste vanwege de coronacrisis tijdelijk naar huis hebben gehaald het recht op terugkeer naar de woning en/of instelling behouden?

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu er een bezoekregeling is en je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus. Echter iemand is niet voor niets opgenomen in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.
Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en ook na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

Fractie: PvdA **Kamerlid:**

Vraagnr: 53

Q: Kan tevens de toezegging worden gedaan dat inwoners van een instelling die vanwege corona tijdelijk naar huis zijn gehaald en verzorgd door familie, hun recht op terugkeer behouden zodat ze hun plek in een woning of instelling niet kwijtraken?

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu er een bezoekregeling is en je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus. Echter iemand is niet voor niets opgenomen in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.
Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en ook na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

Fractie: 50Plus **Kamerlid:**

VWS – Directie:

Vraagnr: 56

Q: Tevens hebben deze leden het signaal ontvangen dat iemand met een beperking die tijdens het coronavirus naar huis wordt gehaald zijn plek in een woning en/of instelling kan verliezen. Kan de minister verzekeren dat deze persoon nooit vanwege deze reden de plek in de woning en/of instelling mag verliezen?

Ik begrijp de wens van kinderen en ouders om hun familielid uit de zorginstelling te halen, nu er een bezoekregeling is en je je naaste wil beschermen tegen het coronavirus. Echter iemand is niet voor niets opgenomen in een zorginstelling. Het kan voor naasten en cliënten zwaar zijn om iemand thuis te verzorgen. Ik wil familie dan ook aanraden hier goed over na te denken en de consequenties goed te overwegen.
Als de familieleden toch besluiten hun naaste mee naar huis te nemen, betekent dit dat er leegstand ontstaat bij de zorginstelling en zij volgens de huidige beleidsregels een cliënt moeten uitschrijven. In samenspraak met onder andere de NZa en ZN, wordt de leegstand in de zorginstelling, ontstaan door het corona virus, gecompenseerd volgens een speciale COVID-19 beleidsregel van de NZa. Dit betekent dat de cliënt de kamer in de zorginstelling behoudt en ook na de coronacrisis kan terugkeren naar de eigen kamer. ZN en ActiZ adviseren familieleden en zorginstellingen om afspraken rondom de verantwoordelijkheid van zorg en de terugkeergarantie schriftelijk vast te leggen.

Fractie: CU **Kamerlid:**

Vraagnr: 98

Q: De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de minister specifieke ondersteuningsmaatregelen kan treffen voor mantelzorgers die hun naaste niet naar het verpleeghuis durven te laten gaan gezien de verspreiding van het coronavirus in verpleeghuizen en de bezoekersstop. Wat gaat de minister doen om onzekerheid bij mantelzorgers over de opname in het verpleeghuis weg te nemen?

Ik ben aan het inventariseren welke problemen er ontstaan in de thuissituatie nu familieleden liever niet willen dat cliënten worden opgenomen vanwege de bezoekregeling of de angst voor besmetting. Het is niet zo dat er niemand opgenomen kan worden. Als de situatie thuis onhoudbaar wordt, kan er een indicatie worden aangevraagd bij het CIZ. Ik vind het belangrijk dat de zorginstelling bereikbaar is voor vragen en samen met de familie kan kijken wat een goede oplossing is. Ik heb het vraagstuk leegstand reeds opgepakt en ben aan het onderzoeken hoe de continuïteit van zorg en deze in de verpleeghuizen voor nieuwe cliënten weer opgestart kan worden.

Kamervragen lid Asscher

1.

Deelt u de mening dat COVID-19 effectief bestrijden alleen lukt als voor de samenleving helder is welk doel en welke strategie er wordt nagestreefd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke strategie ligt precies ten grondslag aan het beleid in de bestrijding van COVID-19? Wilt u het virus maximaal controleren c.q. elimineren (indammen) of maximaal verzachten (mitigatie) en kunt u dit toelichten?

Antwoord
Vanaf het begin van de uitbraak is onze strategie gericht op het maximaal controleren van het virus. Daarbij staan twee doelen centraal: (1) Het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en (2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. Dit vereist zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus. Dat is niet veranderd sinds het begin van de uitbraak.
Wel vraagt iedere fase van deze pandemie (uitbraak-, overgangs-, controle- en vaccinatiefase) telkens om een op maat gemaakte aanpak. In de uitbraakfase was een intelligente *lockdown* nodig om weer *in control* te komen. Dat is gelukt. In de huidige overgangsfase is het van groot belang om *in control* te blijven, de voorwaarden daarvoor te creëren en zo toe te werken naar de controlefase. Dit doen we door maatregelen stap voor stap te versoepelen en het zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus te versterken. Op deze manier kunnen we het virus sneller en gerichter aanpakken. Met andere woorden: de strategie is niet veranderd, maar wel de aanpak omdat de omstandigheden zijn veranderd.

Maximaal controleren betekent dus dat we het virus indammen waar het de kop opsteekt. Zo wordt vanaf juni iedereen bij klachten getest, en wordt het contactonderzoek geïntensiveerd en opgeschaald. Eventuele contacten van een besmet persoon worden gevraagd om gedurende 14 dagen thuis te blijven en zich te laten testen bij medische klachten. Op deze manier kunnen we het virus sneller en gerichter aanpakken. De meeste landen om ons heen volgen deze strategie.

Het virus zal voorlopig onder ons blijven. Uiteraard is dit niet wat we willen, maar het is volgens de medisch experts een onoverkomelijk gegeven. Dat komt omdat het coronavirus besmettelijk is en zich, vanwege de overwegend milde klachten bij het grootste deel van de mensen, voor een deel onder de radar verspreidt. Bovendien is Nederland geen eiland; er zullen altijd nieuwe introducties van het virus vanuit andere landen optreden. En ten derde: de gedragsadviezen (zoals thuisblijven bij klachten en de anderhalve meter afstand) zullen, ondanks de inzet op volledige compliance, nooit 100% worden nageleefd.

Met andere woorden, zelfs bij een langdurige voortzetting van de lockdown kan nooit helemaal – zelfs niet bijna helemaal – voorkomen worden dat mensen ziek worden. Hier komt bij dat een lockdown ingrijpende maatschappelijke en economische gevolgen heeft, die de acceptatie van de maatregelen vroeg of laat zwaar op de proef stellen. De mate waarin mensen maatregelen opvolgen komt hierdoor onder druk te staan, hetgeen de effectiviteit van de bestrijding van het virus nadelig kan beïnvloeden.

2.

Is de Nederlandse strategie in de overgangsfase alleen gericht op een acceptabele belasting van de intensive care (IC), bescherming van kwetsbare mensen en zicht op de verspreiding van het virus, of daarnaast ook op het zo snel mogelijk bereiken van de controlefase? Zijn aanvullende en/of striktere maatregelen dan nu in Nederland gelden mogelijk en in hoeverre zouden deze kunnen bijdragen aan het nog meer voorkomen van IC-belasting, betere bescherming van kwetsbare mensen, meer inzicht in de verspreiding van het virus en het sneller bereiken van de controlefase of eliminatie van het virus? Kunt u uw antwoord onderbouwen?

Antwoord
Zoals beschreven in mijn antwoord onder vraag 1 staan er in onze strategie twee doelen centraal: (1) Het zo goed mogelijk beschermen van mensen met een kwetsbare gezondheid en (2) zorgen dat de zorg niet overbelast raakt. In de overgangsfase vindt stap voor stap afschaling plaats van maatregelen op basis van advisering hierover door het OMT. Met meer en snel testen, traceren, isoleren, rapporteren en verdere verbetering van de monitoring wil ik het zicht op de werkelijkheid verbeteren. Zodat het RIVM tijdig nieuwe signalen oppikt, we het virus snel en gericht de kop kunnen indrukken. Zo proberen we een nieuwe golf van besmettingen te voorkomen, zodat er meer ruimte blijft voor het afschalen van maatregelen en nieuwe maatregelen minder snel nodig zijn.

Om beter zicht te krijgen op de verspreiding van het virus ontwikkelen we een dashboard met een groot aantal indicatoren dat ons in staat stelt om sneller en gerichter te kunnen sturen. In combinatie met een ruimer testbeleid biedt dit dashboard inzicht om vroegtijdiger signalen van een toename van de verspreiding van het virus op te pikken. Daarbij kunnen en zullen maatregelen getroffen worden die passen bij de aard van de impuls in verspreiding. We kunnen daarbij putten uit de ervaring over effectiviteit van maatregelen die we in uitbraakfase hebben opgedaan.

3.

Bent u bereid het afwegingskader en adviezen die zijn gegeven voor de besluiten over maatregelen of het versoepelen van maatregelen, te delen met de Kamer? Zo nee, waarom niet?

Antwoord
Het afwegingskader bij het treffen van maatregelen is in eerdere brieven uiteengezet. De basis zijn de drie ankerpunten (houdbare zorg, bescherming kwetsbaren, zicht op verspreiding van virus). Als hieraan is voldaan ontstaat er ruimte tot versoepeling van maatregelen. Dat is de afgelopen weken ook gebeurd. Voor die versoepeling vragen we advies en input van het OMT/BAO. Deze adviezen ontvangt u steeds al bijlage bij mijn brieven aan uw Kamer. Eventuele nieuwe maatregelen – of het afschalen daarvan - zijn een politiek-bestuurlijke afweging waarbij het gezondheidsperspectief onder meer in relatie tot sociaal-maatschappelijke en economische belangen worden afgewogen. Speciale aandachtspunten daarbij zijn de beschikbare vervoerscapaciteit, het gebruik van de publieke ruimte (hoeveelheid mensen op straat) en handhaafbaarheid. En vervolgens wordt gekeken in hoeverre de aanpak uitvoerbaar en afhankelijk is van anderen, de aanpak van de buurlanden wordt hierbij betrokken. Bij deze aanpak zijn vrijwel alle departementen betrokken, evenals andere bestuurlijk partners zoals de VNG en veiligheidsregio's.

De stappen in de versoepeling van de maatregelen zijn opgebouwd langs de volgende lijnen:

- De mate waarin de hoeveelheid mobiliteit toeneemt door opening van een sector;
- De mate waarin een sector in staat is de algemene hygie¨nevoorschriften te implementeren;
- De sociaal-maatschappelijke en economische impact van een sector;
- De mate waarin de openbare ruimte belast wordt door opening van een sector.

De sectoren met de minste impact op de hoeveelheid mobiliteit en belasting van de publieke ruimte, die in staat zijn om de RIVM-richtlijnen te hanteren, en die een grote sociaal-maatschappelijke en/of economische impact hebben, kunnen het eerste open. Voor sectoren waarbij juist het omgekeerde van toepassing is, geldt dat deze rekening moeten houden met een langer tijdpad. Afweging van en besluitvorming vindt plaats na advisering door het OMT. Op basis van de huidige kennis over de verspreiding van het virus heeft het kabinet onderstaande stappen voorbereid.

4.

Deelt u de opvatting dat het indammen/elimineren van het virus alleen kan door testen, traceren (bron- en contactonderzoek), isoleren en quarantaine? Zo nee, kunt u beargumenteren waarom niet? Kunt u daarbij dan aangeven hoe maximale controle van het virus volgens u wel kan worden bereikt?

Antwoord
Zoals ik beschreef onder vraag 1, vormt maximaal testen, traceren, isoleren en rapporteren het fundament voor de vervolgstappen. Door snel te testen en goed te traceren houden we de epidemie onder controle.

Sinds begin mei kunnen steeds meer groepen getest worden. Sinds 6 mei worden alle positieve testuitslagen gevolgd door het opsporen van contacten op basis van een protocol van het RIVM. Huisgenoten van een positief getest persoon gaan in thuisquarantaine. Mensen met nauwe contacten met de positief geteste persoon blijft zoveel mogelijk thuis. Sinds 11 mei kunnen ook mensen met een contactberoep getest worden. Sinds 18 mei kunnen ook mantelzorgers en OV-personeel getest worden.

Vanaf juni wordt iedereen bij klachten getest en het contactonderzoek wordt enorm geïntensiveerd en opgeschaald. Bij een positieve testuitslag worden contacten gevraagd 14 dagen zoveel mogelijk thuis te blijven en zich te laten testen bij klachten. Alle drempels voor het testen halen we zoveel mogelijk weg, we creëren een fijnmazig netwerk van testtrajecten, betaald door VWS. Er is geen doorverwijzing van een arts meer nodig. Er komt een publiekscampagne om iedereen te informeren over testen en traceren. Patiënten kunnen worden getest door de huisarts, in het ziekenhuis of bij de GGD. Ziekenhuispersoneel wordt getest door het ziekenhuis. Alle andere kunnen terecht bij de GGD. De GGD'en bereiden zich er op voor om vanaf 1 juni op te kunnen schalen.

17. Wordt per maatregel die versoepeld wordt nauwkeurig gemonitord welke effecten er optreden ten aanzien van de verspreiding van het virus? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan worden aangegeven op welke momenten welke maatregelen worden geëvaluaeerd en welke criteria worden gebruikt om over te gaan op verdere versoepeling?

Ja, het effect van maatregelen op de verspreiding van het virus worden telkens nauwkeurig gemonitord door het RIVM. Het beoogde dashboard met indicatoren is bedoeld om de signalerigsstructuur van het RIVM te versterken. Evaluatie van maatregelen vindt plaats nadat de crisis voorbij is.

2020Z07850

(ingezonden 1 mei 2020)

Vragen van het lid (10)(2e) (10)(2e) (SGP) aan de ministers van Justitie en Veiligheid en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over richtlijnen voor begrafenissen en kerkdiensten

1. Hebt u er kennis van genomen dat allerlei vestigingen van warenhuizen open zijn voor honderden bezoekers tegelijkertijd? 1)

2. Welke analyse ligt ten grondslag aan het oordeel dat het met inachtneming van een aantal maatregelen op dit moment verantwoord wordt geacht dat er zoveel mensen tegelijk in één pand aanwezig zijn en elkaar moeten passeren? Waarom worden de mogelijkheden om online de waren te verkopen kennelijk niet toereikend geacht?

3. In hoeverre belemmeren de toenemende commerciële activiteiten de beschikbare ruimte voor versoepeling voor andere activiteiten? Hoe verhouden de royale mogelijkheden voor commerciële activiteiten zich tot de veel strengere regels voor bijvoorbeeld begrafenissen en kerkdiensten?

4. Aan welke voorwaarden moet worden voldaan, wil tot versoepeling worden gekomen van de strikte richtlijnen voor begrafenissen en kerkdiensten waar maximaal dertig mensen tegelijk aanwezig mogen zijn, zelfs in grote (kerk)gebouwen waar normaal gesproken honderden of duizenden mensen samenkomen die het grootste deel van de tijd op één plaats blijven? Bent u bereid deze vraag voor te leggen aan het Outbreak Management Team?

5. Erkent u dat de nu bestaande situatie een zeer ingrijpende inperking van de vrijheid van godsdienst betekent, die steeds gerechtvaardigd moet worden door de actuele gezondheidsbelangen? Hoe en door wie wordt dit getoetst en met welke frequentie?

6. Bent u bekend met het gegeven dat veel kerken concrete plannen hebben hoe ze invulling kunnen geven aan de noodzakelijke voorschriften in het kader van de volksgezondheid, zoals anderhalve meter afstand, toezicht op binnenkomst en vertrek, en hygiënevoorschriften?

7. Welke mogelijkheden ziet u om op zo kort mogelijke termijn te komen met versoepeling van deze maatregelen voor begrafenissen en kerkdiensten?

8. Bent u bereid deze vragen te beantwoorden voor het debat op 7 mei 2020 over de ontwikkelingen rondom het coronavirus?

287338

1) Zie o.a. AD.nl, 27 april 2020, https://www.ad.nl/breda/ikea-in-breda-opent-haar-deuren-weer-maar-klanten-moeten-zich-aan-een-aantal-regels-houden~ad457b68/ en Telegraaf.nl, 29 april 2020, https://www.telegraaf.nl/video/920996217/bijenkorf-bezoeker-alsof-ik-iets-stouts-doe

Kernpunten Technische briefing 20 mei

Kernpunten (10)(2e)

- Huidige situatie: Zowel daling te zien in aantal gemelde patiënten en aantal ziekenhuisopnames. Meer vrouwelijke besmettingen gemeld, dit komt onder andere omdat het testbeleid eerst nog vooral gericht was op zorgmedewerkers.
- Testen: Inmiddels is het percentage positieve testen onder de 5%. Er worden 4000-7000 testen per dag uitgevoerd. Bij de NIVEL peilstations 6,9 positief getest. Steeds minder mensen melden zich met klachten bij deze stations. De indruk is dat de druk van het coronavirus aan het afnemen is.
- Verpleeghuizen: We zagen een toename tot 30-40% van verpleeghuizen met ten minste 1 besmetting. Ook hier zien we nu een daling. Ook het aantal overlijdens in de verpleeghuizen is aan het afnemen.
- Sterfgevallen: 5.700 (bevestigde) sterfgevallen, maar dit is een onderrapportage. De afgelopen weken was er een oversterfte van ongeveer 9.000 personen. De griep epidemie in 2017-2018 laat ongeveer een gelijk aantal oversterfte zien, maar dit was over een langere periode. Ook waren er bij deze uitbraak lang niet zoveel IC-opnames.
- Reproductiegetal: Dit hangt af van in hoeverre men zich aan de maatregelen houdt. Google Mobility report laat een constant beeld zien, de bevolking geeft gehoor aan de maatregelen. Dit zijn gegevens van begin mei. Het reproductiegetal heeft sinds eind maart geschommeld tussen de 0,7 en 1.0. We hebben niet alle reproductiegetallen van andere landen. We hebben daarom vergeleken wanneer de piek in andere landen was in vergelijking met NL.
- Exit strategie: De filosofie van alles is dat je het aantal contacten wil beperken. Je begint voorzichtig, je begint met het toestaan van extra contacten van individu naar groep, dan van buiten naar binnen, daarna van lokaal naar regionaal.
- Internationale vergelijking: Alle EU landen zijn aan het versoepelen en maken daarbij allemaal gebruik van een gefaseerde aanpak. Ook maken ze gebruik van een mogelijkheid om op de rem te trappen waar nodig. Het is nog te vroeg om de effecten van versoepelingen van maatregelen in andere landen te duiden. In Denemarken is geen verandering gezien na de opening van de scholen. De meeste landen voeren hetzelfde beleid wat betreft mondkapjes. Medische mondkapjes zijn gereserveerd voor de zorg. Sommige landen kiezen voor mondkapjes op drukkere plaatsen, zoals bijvoorbeeld in supermarkten.
- Dashbord: Ziekenhuisopnames zijn nog steeds belangrijk om het reproductiegetal vast te stellen, maar hier is een vertraging van ongeveer 14 dagen. Je kijkt dus altijd in de achteruitkijk spiegel. Wat kunnen we doen zodat we niet steeds naar de R0 hoeven te kijken? Hiervoor willen we een Early Warning systeem opzetten. Data voor dit systeem komt bijvoorbeeld uit het Gedragsonderzoek GGD/RIVM, de nalevingsmonitor, verplaatsingsgegevens via de telefoon (dit kan AVG proof). Deze gegevens richten zich vooral op het vaststellen van risicogebeurtenissen. Dan hebben we ook surveillance, waarbij we eerder op de infectie willen zitten dan bij ziekenhuisopnames. Hierbij gebruiken we Infectieziekteradar, rioolwatersurveillance, surveillance van zorgmedewerkers, NIVEL peilstations (die gaan we verdubbelen in de komende tijd), OSIRIS GGD-contactgegevens en testen in teststraten.
- IC-opnames in de exit strategie: Wanneer je ziet dat je IC-opnames toenemen en je trapt dan op de rem, dan kan je nog steeds een nieuwe piek in IC opnames verwachten. Die is dan namelijk al onder de radar gestegen in de twee weken ervoor. Een R0 van 1,5 kan al leiden tot 1150 IC-opnames. Dit laat zien hoe complex dit is en hoe belangrijk het is om niet alleen in de achteruitkijkspiegel te kijken, maar dicht op de infectie te blijven zitten.
- Toekomstscenario van vaccin: Dit beidt uiteindelijk de mogelijkheid om groepsimmuniteit op te bouwen. Wel weten we dat sommige vaccins, zoals het griepvaccin, maar een bepaalde tijd werkzaam zijn. In de situatie dat er geen vaccin zou zijn, zullen we ongeveer nog twee jaar te maken hebben met het coronavirus (studie Harvard).
- Versoepeling van de maatregelen: Dit vertaalt zich naar meer contacten en leidt ook tot meer onzekerheid in de modellering. De opening van de middelbare scholen zal tot een groter risico leiden dan de opening van het primair onderwijs.

- Conclusie: De versoepeling van de maatregelen zal leiden tot een hogere incidentie van ziekte. Met bron en contact onderzoek kan de stijging van deze incidentie onderdrukt worden.

Kernpunten (10)(2e)

- Achterstand in de acuut planbare zorg: Na de persconferentie van 12 maart zien we het aantal verwijzen (ziekenhuizen) sterk afnemen tot bijna 0. In de afgelopen weken zien we deze verwijzingen weer toenemen. We zien eenzelfde patroon voor de GGZ.
- De NZa heeft een aantal voorwaarden gesteld voor het opstarten van de reguliere planbare zorg:

- Gebruik bestaande structuren, ROAZ-plus
- Gebruik een urgentielijst
- Samenwerking en afstemming binnen ROAZ-plus
- Opschaling op basis van urgentie
- Risicoclassificatie voor professionals
- Voldoende beschikbaar personeel
- Voldoende beschikbare beschermingsmiddelen
- Voldoende capaciteit

- Cijfers medisch specialistische Zorg: Ook hier zie je in de week na 12 maart het aantal verwijzingen helemaal teruglopen. In de afgelopen weken neemt dit weer toe. Goed nieuws is dat het aantal spoedverwijzingen niet is afgenomen. Het aan semi-spoedverwijzingen zit inmiddels weer op hetzelfde niveau.
- Cijfers GGZ: De GGZ is druk bezig om weer op het oude niveau terug te kijken. Tot nu toe zijn er in de GGZ 49.000 minder verwijzingen dan normaal. Bij de GGZ bestond al een stuwmeer van 35.000 mensen.

Kernpunten (10)(2e)

Testen nu: In de eerste half van april voerde de GGD 10.000 testen per dag uit. Daarna zagen we een daling. In de afgelopen weken is dit weer toegenomen door de verruiming van het testbeleid. Waar er eerst sprak was van medewerkers in de zorg, zien we nu een meer gemixt beeld.

Testen vanaf in juni: Vanaf juni gaan we iedereen met klachten testen en bij iedereen met een positieve test BCO uitvoeren. We hebben nu een testcapaciteit van 17.000 testen per dag. We hebben dus nu een overcapaciteit. We verwachten dat er in juni 34.000 testen per dag uitgevoerd moeten worden. De GGD zal ongeveer verantwoordelijk worden voor 80% hiervan. 7 dagen per week zijn er 24-48 mensen per GGD nodig om deze testen te kunnen uitvoeren.

Vanaf 1 juni is er een landelijk telefoonnummer. Vanaf eind juni is er ook een webportaal. Dit webportaal is al beschikbaar, maar hier moeten nog een aantal testen op worden uitgevoerd. Er kan dus vanaf eind juni met één klink een afspraak gemaakt worden. Voor een afspraak is geen tussenkomst van een arts meer nodig. Bij een negatieve uitslag wordt er een appje gestuurd. Wanneer een test positief is dan wordt de persoon gebeld, later kan dit ook via het webportaal.

BCO: Na een positieve test gaan we in gesprek met de patiënten om na te gaan met wie deze persoon in contact is geweest. De data uit dit BCO maakt onderdeel uit van het dashboard. Het dashboard kan ons ook op extra risico's wijzen. Contacten uit het BCO worden verdeeld in 3 categorieën: huisgenoten, overige nauwe contacten, overige (niet nauwe) contacten. De eerste twee categorieën zullen op dag 1, dag 7 en dag 14 gebeld worden. Ook kunnen zijn aangeven wanneer ze behoefte hebben om vaker gebeld te worden.

In het ondergrens scenario hebben we 800 FTE nodig, hier is 670 reeds beschikbaar. GGD'en zullen zich voorbereiden aan de mogelijke vraag uit het bovengrens scenario te kunnen voldoen (3200 FTE doormiddel van een flexibele schil die binnen 24 uur ingezet kan worden)

Landelijke coördinatiestructuur: Landelijke samenwerking is in deze crisis flink versterkt. Ook is er een landelijk programmateam samengesteld, de namen worden vandaag bekend gemaakt. Zij gaan zij onder andere bezig houden met landelijke samenwerking met VWS en RIVM, monitoring van landelijke gegevens, realisatie en benutting van capaciteit, coördinatie van inzet vrijwilligers en eenduidige communicatie.

Inbreng kamer

- Kritische vragen gesteld omtrent BCO. Doen we wel het maximale? Bellen we wel genoeg? Doen we minder dan andere landen, specifiek Duitsland? (PvdA, GL, SP)
- Twee vragen over nertsen en risico's op dier-op-mens transmissie (PvdD en CDA)
- Vragen over de onduidelijkheid rondom aerosol verspreiding (SGP, PVV, (10)(2e) (10)(2e))
- FvD kritisch over beleid, is het virus niet minder gevaarlijk dan gedacht voor een hele grote groep Nederlanders? Waren maatregelen voor deze mensen dan niet onnodig?

Inbreng kamer vraag + antwoord

- **PVV:** In de krant stelt het RIVM dat het onduidelijkheid is welk risico bijvoorbeeld koren of aerosol verspreiding hebben, terwijl uit voorbeelden blijkt dat deze events wel hebben geleid tot toename in verspreiding. Hoe kan het RIVM adviseren wanneer het RIVM de effecten van koren of andere super spreading events negeert?

We houden absoluut rekening met deze super spreading events, dit is meegenomen in alle modellen. In het OMT advies staat een duidelijke passage over aerosol verspreiding. We geven aan dat we hier een apart advies over uit gaan brengen. Er moet een gedegen wetenschappelijke onderbouwing zijn over deze aerosol verspreiding, niet gebaseerd op anekdotisch bewijs.

- **PVV:** In de afgelopen jaren is de ziekenhuiscapaciteit afgenomen. Het kabinet heeft nog steeds plannen om de ziekenhuiscapaciteit af te bouwen. Wat is de visie van mevrouw Kaljouw hierop?

Er is een stuwmeer te zien in alle zorg. De NZa staat voor toegankelijkheid van de zorg. We moeten tijdens en na de corona uitbraak kijken of de capaciteit nog toereikend is.

- **D66:** Hoe kijken we naar de verspreiding van het virus om verspreiding de kop in te drukken. Wanneer u in de achteruitkijk spiegel kijkt, heeft u dan geleerd van de Groningse aanpak mbt BCO en testen?

Groningen had een uitzonderlijke situatie, omdat zij een laag aantal besmettingen zagen. Daardoor hadden zij meer capaciteit om dit daadwerkelijk uit te voeren. Ile early warning e.d. is gericht om BCO op de goede plaats in te zetten. Zoals net gezegd gaat er ook weer intensief BCO plaatsvinden in andere regio's.

- **D66:** Heeft u zicht op gezondheidsschade door uitstel van zorg?

We hebben hier niet volledig zicht op, maar we ontvangen hier wel signalen over. Zo gaan mensen minder snel naar de huisarts. Daar moeten we echt iets aan doen. Het RIVM gaat ook onderzoek doen naar gezondheidsschade.

- **VVD:** Wat de doorloop snelheid moeten zijn om te kunnen stellen dat het dashboard betrouwbaar is?

We proberen het dashboard zo accuraat mogelijk te krijgen, maar tegelijkertijd moeten hier nog veel in leren. Verplaatsingstekens zijn bijvoorbeeld een goede manier om risico's in beeld te krijgen. Hoe kort die periode zal zijn zal moeten blijken.

- **VDD:** Ik heb ook gehoord dat er een bepaalde zorgvraag nu verdampt. Gaat er een evaluatie komen van zorgvragen die er eerder wel waren, maar dus eigenlijk niet nodig waren?

Wij weten niet hoeveel dit is en wat dit is. We zullen dit wel nagaan. We zien ook een enorme toename in digitale zorg. Dit zal de zorgvraag niet doen afnemen, maar wel anders doen beantwoorden.

- **SP**: Er wordt een kunstmatig onderscheid gemaakt tussen een medisch en niet-medisch mondmasker. Veel mensen maken zich zorgen dat ze niet met een goed werkend maskers in het OV mogen zitten. Wanneer er voldoende maskers beschikbaar zijn, moeten deze dan niet voor het OV gebruikt worden?

Denk het niet, vanuit wetenschap geredeneerd. 1,5m maakt dat toegevoegde waarde beperkt is, maskers hebben ook risico. Als je onvoldoende gedisciplineerd gebruik maakt van maskers dat je dan verhoogde risico's loopt. Als je de basismaatregelen in acht neemt, dan hebben maskers geen toegevoegde waarde.
(Niet tevreden over dit antwoord)

- **SP**: Wat is nu precies de strategie van de GGD, is dit het indammen van het virus, of het opbouwen van groepsimmuniteit? Waarom kiezen we niet voor een strategie van sommige landen, waar de strategie is om zo dicht mogelijk bij de nul te komen?

Het Nederlandse beleid is een afweging tussen druk op de economie en de maatschappij aan de ene kant en gezondheidsbelangen aan de andere kant. We gaan iedereen testen en bij alle positieve gevallen BCO uitvoeren, meer kunnen we niet doen. Dit zijn ook dezelfde beleidslijnen als in andere landen.

- **GL:** De heer (10)(2e) zegt dat we hetzelfde doen als andere landen op het gebied van BCO. Maar we zien ook dat we qua FTE onderaan bungelen. Ook wordt er in Duitsland meer gebeld.

Er is geen wetenschappelijk onderzoek waaruit blijkt dat elke dag bellen helpt. Dit is ook onze ervaring met andere infectieziekten. We testen we iedereen en doen BCO bij alle positieve gevallen, net zoals veel landen om ons heen.

- **GL**: We zien een enorm stuwmeer. Is hier een planning voor? Wat zijn de twee grootste uitdagingen?

Zal cruciaal zijn wat er gebeurt als er dan een tweede golf komt, maar hoop echt dat er dan geen tweede lockdown van de zorg komt. Hebben robuust systeem, maar zijn grenzen aan.

- **DENK:** Uit de CBS cijfers blijkt dat er hogere oversterfte is onder mensen met een migratieachtergrond hoe kan dit?

Het CBS heeft nog geen duiding gegeven aan deze cijfers, maar we zien in het buitenland (bijvoorbeeld de VS) dat er grote sociaal maatschappelijke verschillen zijn. kan sociaal gedrag zijn of erfelijkheid, moet onderzocht worden

- **DENK:** Tweede vraag gemist

Dat heeft te maken met werking van dashboard, metingen van beweging tussen gemeenten, bij ongewone patronen wordt dat geregistreerd. Als besmette beweging geregistreerd wordt word onderzoek gedaan. Dan gaan we zoeken naar wat de bron is, dan gaan we proberen te kijken of er nog bronnen zijn die gestopt moeten worden.

- **PvdA:** Er worden veel systemen voor het dashboard opgesteld, maar die zijn nog niet in werking. Welke stijging van IC opnames is nog acceptabel in de periode dat we deze systemen nog niet goed werkend hebben?

We willen dit zo gering mogelijk maken. Wij kunnen nu niet met zekerheid stellen waar we uit gaan komen, omdat zoveel karakteristieken nog onduidelijk zijn. Daarnaast is het buitenland een onzekere factor. Zij zullen de grenzen weer openen op een gegeven moment.

- **PvdA:** Wat zou u nodig hebben wanneer de opdracht wordt om BCO maximaal op te schalen?

Er is door VWS gezegd dat we moeten doen wat nodig is om maximaal BCO uit te voeren. Hierin zijn dus geen beperkingen opgelegd. Wij mikken niet op maximaal maar op optimaal.

- **CDA**: Om de R0 te compenseren is het heel belangrijk om te testen. Ik hoor dat testuitslagen soms vijf dagen op zich laten wachten. Ook zien we dat een nerts een mens heeft besmet. Vind u dat mensen met huisdieren eerder getest zouden moeten worden?

is voor dhr. (10)(2e) Bedoeling is dat zonder triage van arts meteen mogelijk is om te testen. Nertsen: komen we een keer apart op terug. Er is nu bij nertsenbedrijf 1 geval geweest van persoon die besmet is geraakt. Ligt heel complex, is uitspraak van OMT zoönosen. Zijn protocollen/richtlijnen voor.

- **CDA**: Waar komt volgens u het stuwmeer in de GGZ vandaag?

Dit komt omdat er in de eerste periode niet is doorverwezen is vanuit huisartsen.

- **SGP:** Wat wordt er precies onderzocht over omstandigheden waarop het virus extra kan verspreiden zoals zingen, ventilatiesystemen ect?

Je moet niet te vroeg concluderen. We vinden het nodig om daar meer tijd voor te nemen om dit te kunnen onderzoeken, ook om na te gaan of buitenlandse partners hier bevindingen over hebben. Daarom hebben we aangegeven hier later op terug te komen.

- **SGP**: Cruciaal is dat er veel getest wordt. Is de beschrijven 'test bij COVID-gerelateerde klachten' niet te onduidelijk?

Er komt hier extra communicatie over, waarin precies uitgelegd staat wanneer je contact kunt opnemen met de GGD, dat je niet langs een arts hoeft, wordt toegankelijk.

- **50-plus:** Er is veel aandacht voor verpleeghuizen, is er ook aandacht voor andere woonvormen voor ouderen?

Ja. Er zijn hier meerdere richtlijnen voor

- **50-plus:** Welke maatstaven hanteren de ziekenhuizen in het opschalen van de zorg?

Daar gebruiken zij urgentielijsten voor. Ziekenhuizen gebruiken urgentieclassificatie ook nog, omdat ene patiënt de andere niet is.

- **PvdD:** Bij nertsen is het probleem dat deze ook getransporteerd wordt. Dit is een risico. Hoe schat u nu het risico in op transmissie van dier tot mens?

Hier zijn al verschillende acties op uitgevoerd. Er is gekeken of er een bepaald gevolg was van gevallen binnen het gezin en de dieren. Hier werd gezien dat er vaker een gevolg is van mens tot nerts, maar bij 1 persoon is dit andersom aangetoond. Onderzoek wordt nu uitgerold naar andere nertsbedrijven. Er vindt een grote inventarisatie plaats naar risicofactoren. We kijken ook of dit in het buitenland al eerder heeft plaatsgevonden. Dit lijkt nu wel een uniek geval te zijn. Je stopt niet met verderkijken, dat bespreken we in de volgende briefing.

- **PvdD**: GGZ patiënten die Face-2-face contact missen

Herken ik zeker vanuit GGZ, willen graag f2f contact, die mensen kunnen zich melden bij huisarts, dat ze f2f contact willen met een POZ, ik ga ervanuit dat dat stap voor stap weer wordt opgeschaald. Maar momenteel is het nog steeds eerst digitaal voor f2f, goed signaal, dankuwel.

- (10)(2e): Uit onderzoek van het Erasmus systeem heeft aangetoond dat het hooikoortsseizoen een positieve impact heeft op de corona uitbraak. Hoe is dit meegenomen in het advies voor versoepeling van maatregelen?

Dit zit echt nog in de beginfase, de causaliteit moet verder worden uitgewerkt.

- (10)(2e): Ik krijg veel vragen van mensen die bezorgd zijn over aerosole verspreiding. Wordt er ook onderzoek gedaan naar de rol van luchtvochtigheid?

In het OMT advies kunt u een paragraaf lezen over aerosole verspreiding. Hier werd geconcludeerd dat de rol voor de verspreiding beperkt is.

- (10)(2e): Hoe gaan we om met mensen die geen mobiele telefoon hebben. Worden die toch gebeld bij een negatieve uitslag?

Daar moeten we uiteraard op andere manieren mee in contact komen, via brief of anders.

- (10)(2e): Waarom is er gekozen voor 1,5 afstand? Sommige landen houden 1 meter aan, de WHO houdt 2 meter aan. Moeten ook geen verschil maken tussen binnen en buiten?

Op basis van jarenlange ervaring in ziekenhuizen is de 1,5 meter veilig gebleken. Wel moeten we ons realiseren dat het hier gaat om risicoreductie, dit is niet absoluut.

- **FvD:** Kunnen we al iets zeggen over hoe gevaarlijk dit virus is voor de gehele populatie? Misschien kunnen we concluderen dat het virus voor sommige mensen helemaal niet

gevaarlijk is. Deze mensen hoeven misschien helemaal niet aan voorzorgmaatregelen te houden.

Een infectieziekte heb je nooit allen. Het is moeilijk om een scheiding te maken wie risico loopt en wie niet. Als we kijken naar griep en griepvaccinatie, zien we dat ongeveer 30% verhoogd risico loopt. Daarnaast is het belangrijk om de bevolking als geheel te beschermen, het is hierbij ook belangrijk dat jij het virus niet aan iemand anders kan doorgeven. Daarnaast zien we ook dat niet iedereen die op de IC beland onderliggend leiden heeft.

- **FvD:** De causaliteit van besmetting van de maatregelen en de afname in besmetting. Ook is het veel minder dodelijk dan we verwachten. Kunnen we hieruit concluderen dat het veel minder gevaarlijk is dan we dachten?

Dit is eigenlijk een vraag voor de heer van Dissel. u weet de piramide van van dissel, die heeft hij vaker gepresenteerd, vandaag gezegd dat 0,3% dat die op IC terecht komen en 4x zoveel op IC bed. Daaronder ook wel ernstige klachten, we weten dat mensen met onderliggend leiden last hebben maar ook jongeren kunnen ook hard geraakt worden, met wekenlange klachten of toch plots in IC. We zijn dus nog steeds voorzichtig.

- **CU:** In het OMT staat dat er beperkt ruimte is voor versoepeling van maatregelen, omdat de R0 net onder de 1 is. Ook geeft het OMT aan het niet duidelijk is in hoeverre we de extra risico's kunnen indammen door BCO en testen. Denk van Dissel dat er wel genoeg grond is om de maatregelen te versoepelen?

Je moet het systeem testen. Je moet er natuurlijk wel vertrouwen in hebben. Dat doe je op grond van wat je wel weet en ervaring en voorspellingen, maakt dat we vertrouwen hebben in huidige aanpak. Tegelijk moeten we leren, we kunnen niet alles voorspellen. Je probeert juiste weg te kiezen en hebben we dashboard nodig. Ook met verbetering BCO is het antwoord op dit moment ja.

- **CU:** We moeten ook aandacht hebben voor kwetsbare groepen bij testen en BCO. Hoe gaan we bijvoorbeeld om met mensen die verstandelijk beperkt zijn?

precieze inhoud publiekscampagne wordt door minvws bepaald, als u dit vanmiddag tijdens het debat vraagt, dan verwacht ik daar positief antwoord op, omdat iedereen bereikt moet worden. Daar is ook inmiddels een goed protocol voor ontwikkeld.

Technische briefing – 25 maart

(10)(2e) & (10)(2e)

Presentatie (10)(2e):

- Wanneer we kijken naar de cijfers is het belangrijk om te beseffen dat we een goot deel van de patiënten met milde klachten niet in beeld hebben. Cijfers van (IC) opname zijn daarom meer absoluut
- Actuele situatie: Het aantal opgenomen patiënten is 1495, waarvan 482 (1/3e) op de IC. Totaal aantal overleden patiënten: 276. Niet alle personen die zijn overleden zijn opgenomen op de IC. Momenteel 37.444 aantal testen gedaan, 13% positief
- Huidige curve aan patiënten opgenomen in ziekenhuizen en op IC, laat zien dat de aantallen niet meer exponentieel groeien en zelfs (tentatief) afneemt)
- Het sterftecijfer is altijd hoger in de winter. We komen op het moment net uit boven de sterftegrens die lek jaar verwacht wordt. Zwaartepunt opname- en sterftecijfer ligt in de hoge leeftijdsgroepen
- De modellen geven inzicht in het reproductiegetal (R0)- gemiddeld aantal individuen die geïnfecteerd worden door 1 individu. R0<1 –aantal bestemmingen neemt af. R0=1 – Aantal besmettingen blijft gelijk. R0>1 – aantal besmettingen neemt toe.
- Terugrekenend lijkt de R0 zich nu rond de 1 (endemisch) te bevinden. Deze getallen zijn nu bekend tot ongeveer 12 maart. Goede kans dat we nu op een R0 van onder de 1 zitten. Dit zijn wel schattingen.
- De curve is vlakker met de maatregelen vanaf 23 maart, in vergelijking met de maatregelen genomen tot 23 maart
- Er zijn echter onzekerheden in deze modellen. Zo houden we de mensen in vitale beroepen niet thuis bij milde klachten, ligger mensen gemiddeld langer op de IC en houden misschien niet alle mensen zich aan de maatregelen.
- Modellen zijn hulpmiddelen, niet absoluut
- Onze beleid is gericht op targeted lock-down. Mensen met klachten blijven thuis, samen met hun gezin. Het effect hiervan is hetzelfde als een volledige lock-down, met als voordeel dat niet alle gezonde huishoudens in lock-down zijn
- (10)(2e) melde eerder dat Singapore in lock-down was. Dit is niet waar. Singapore voerde een beleid van track and trace. Na versoepeling van de maatregelen bleek dit wel kwetsbaar te zijn voor herintroductie
- Antistoffen zijn meetbaar in het bloed, ook wanneer een patiënt genezen is. Dit zal een belangrijke rol spelen in onderzoek. Uit spijt-sera en pienter-stijl onderzoeken, kun je nagaan hoe hoog de immuniteit is, hoe veel personen in contact zijn geweest met het coronavirus.
- Sneltesten zijn nog onvoldoende bewezen effectief. Bij moleculaire testen (ELISA), zijn er problemen met beschikbaarheid.

Vragen kamerleden:

D66: Bij je besmettelijk wanneer je geen symptomen hebt? Internationaal zijn er verschillende geluiden wanneer iemand besmettelijk is.

Er is altijd een kans dat het virus in de neus of keel aanwezig is, wanneer er geen klachten zijn. Deze periode is kort. In deze fase in doorgeven van het virus niet uit te sluiten. Maar we weten niet hoeveel dit bijdraagt aan de totale verspreiding. Onderzoek hierop doen is moeilijk, want je hebt de mensen in deze presymptomatische fase niet in beeld. De essentie is wel, bij neusverkoudheid ook thuis moet blijven. Goed handen wassen is hierbij heel belangrijk.

Wat gebeurt er nou als klachten stoppen? Het virus is dan al enige tijd bezig zich te verminderen. Daarom 24 uur aanhouden. Als je dan een neusswap neemt, is het virus waarschijnlijk nog wel aanwezig. Maar omdat er geen klachten zijn, is de kans dat iemand dit overdraagt veel kleiner.

PvdA: De lijnen in de modellen lopen door tot oktober. Ook blijkt dat R0 toe kan nemen als mensen in groepen bij elkaar komen. Moeten we evenementen niet verbieden tot oktober?

Evenementen zijn al afgelast voor een langere periode dan andere maatregelen. In beleid moet het er om gaan dat het beheersbaar blijft, als dit het geval is kunnen kijken wat een goede exit strategie is. In het algemeen verwachten we inderdaad nog enige maanden met corona bezig te zijn.

CDA: Er is nu onvoldoende testmateriaal. Wat kunt u vertellen over deze beschikbaarheid? Wat zou de verwachting zijn wanneer er wel genoeg testen zouden zijn?

Er zijn meer dan 13.000 testen uitgevoerd, maar we testen inderdaad niet meer iedereen. Sommige onderdelen van de test zijn schaars, waardoor de test niet kan plaatsvinden. Elders in het land is dit misschien wel beschikbaar. De task-force regelt dit en verspreiding over nl

50-plus: Sanquin wil onderzoek doen naar mensen die genezen zijn. Waarom houdt het RIVM deze cijfers niet bij?

Osiris heeft niet de mogelijkheid om genezing bij te houden, maar er zijn wel acties uitgezet om dit op een andere manier bij te houden. Maar je hebt mensen die genezen zijn ook niet allemaal in beeld. Sanquin wil naar antistoffen in bloed kijken, zij hebben hier de mogelijkheden toe. Dit onderzoek is gericht op de vraag: Kan ik door het concentreren van antistoffen een product maken voor therapeutische behandeling?

CU: Uit de modellen blijkt dat thuisisolatie van het hele gezin belangrijk is voor de verspreiding. Zouden we niet meer moeten communiceren dat dit een belangrijke maatregel is? –

Deze maatregel gold feitelijk al langer. Maar misschien goed om dit nog meer naar de voorgrond te laten komen in de publiekscommunicatie

SGP: Stel dat er snel meer testmateriaal komt, zou meer testen nu nog van aanvullende waarde zijn in gebieden waar nu nog geen besmetting is het virus nog in de kop te drukken?

Dan zouden we naar een track & trace beleid kunnen gaan, dan kan je met grotere zekerheid vaststellen wie wel besmet is. Dan wordt de aanpak natuurlijk effectiever.

Denk: Op welk moment was het helder dat de maatregelen van tot 23 maart zouden leiden tot overcapaciteit op de IC?

Het model staat ingesteld op de standaard beschikbaarheid IC bedden. We wisten al dat daar rek in zit. Daarnaast hebben we vanaf het begin al gezegd bij klachten binnen blijven. Maatschappelijke impact van maatregelen is natuurlijk ook meegenomen.

SP: PBM en testen in de thuiszorg en ouderen- & gehandicapten zorg. Wat zijn de richtlijnen van het RIVM voor deze groepen? Wat is het perspectief voor de ouderen die in isolatie zitten? Wat is de termijn voor deze mensen? Wat is op langere termijn het beleid om wel afstand te houden, maar ook de zorg te kunnen blijven bieden die nodig is?

Dit zijn beleidsvragen. Er is natuurlijk prioritering aangebracht door OMT, dit is uitgewerkt voor testen en PBM. Geen bezoek in verpleeghuizen, is genomen omdat ouderen de meest kwetsbare groep zijn. We moeten ons realiseren dat de infectie nog maanden onder ons is. De kwetsbaren moeten zoveel mogelijk worden beschermd. Er kan een andere beleidskeuze gemaakt worden, maar vanuit de wetenschap geredeneerd is het nu noodzakelijk om deze groep te beschermen. Ik besef me dat dit een heel moeilijk besluit is. Beleidsvraag hoe we hier in een exit strategie mee om te gaan.

VVD: Cijfers kunnen houvast geven, maar vergelijking met andere landen is niet altijd passend. Welke vergelijking met een andere land zou u het liefste willen maken?

Cijfers zijn een probleem, ook omdat het aantal besmettingen in NL nu niet realistisch is. Ik zou het daarom wel willen los laten. De meest harde cijfers zijn ziekenhuisopnames. Daar wordt ook nog getest en CT scans gedaan. Internationale vergelijkingen zijn daardoor moeilijk. Ook omdat het opnamebeleid en capaciteit van de zorg in elk land anders zijn.

PvdD: In de media berichten gezien dat we sowieso niet gaan testen, ook al hebben we wel voldoende testcapaciteit. Misschien moet u dit ophelderen. Advies wel aan het werk wanneer iemand in het gezin klachten heeft geldt voor vitale beroepen. Kan iemand die in de zorg werkt dan niet makkelijk anderen aansteken?

Als de testen er wel zijn, moet het afgewogen worden of dat effectief zou zijn in onze situatie. Dat weten we nu niet, dat is koffiedik kijken. Ook in NL zijn er regionale verschillen, met meer testen zouden we daar nog beter op kunnen inspelen.

Thuisblijven bij klachten van een gezinslid is inderdaad nu het advies. Bij verpleegkundigen en artsen is er een speciaal algoritme gemaakt voor wanneer iemand in die situatie getest wordt.

(10)(2e) Nog een vraag testen en isoleren. Hoe ver zouden wij omlaag zijn gegaan als we wel intensief testen? En hoe zou dat zich verhouden tot de maatregelen die we nu nemen?

We hebben de situatie niet dat dit allemaal kan. In Singapore kon dit wel, maar daar wel een toename van gevallen na versoepeling van de maatregelen.

GL: Er is wel degelijk een verschil in het model tussen de maatregelen tot 23 maart en na 23 maart. Blijf met het hele gezin thuis wanneer 1 persoon ziek is, is na 23 maart het advies geworden. U zei net dat we eigenlijk deze maatregel al hadden genomen, hoe kan dit verschil dan?

Dit gaat om compliance met de maatregel. Eerst konden we mensen die positief getest waren met hun gezin isoleren, dat was toen al het advies.

Van Kooten-Arissen: Na 24 uur klachtenvrij ben je genezen, zo staat op de RIVM website. WHO geeft een ander advies, maatregelen voor de zekerheid twee weken aanhouden. Waarom kunnen we voor de zekerheid niet die 14 dagen aanhouden voor mensen zonder vitaal beroep? En mensen met een vitaal beroep testen voordat ze weer aan het werk gaan?

Er is een verschil tussen het virus aantoonbaar en besmettelijk. Natuurlijk speel je met de maatregelen van de WHO op safe, maar dit is een luxe keuze. U heeft wel een punt, ik neem dit mee naar het OMT.

FvD: Ik ken het beleid van het RIVM en heb verder geen vragen.

(10)(2e)

- We hebben een toename gezien in IC capaciteit.
- Volgende week hebben we 1600 IC bedden nodig (1100 corona, 500 niet-corona). Die capaciteit is er nu niet, maar er wordt wel hard gewerkt om die capaciteit te halen.
- Volgens de modellen van het RIVM komt de piek eind mei met 2200 benodigde IC bedden (1700 corona patienten, 500 niet-corona). Dat is fijn, want met deze late piek kopen we tijd voor de aanschaf van apparatuur en uitbereiding IC capaciteit.
- Ik mis landelijke regie mist, vooral in het spreiden van IC patiënten over Nederland.
- Ziekenhuizen in de regio's waar minder besmettingen zijn zitten nog niet genoeg in de actiemodus. ROAZ nog niet optimaal aangesloten.
- Vooral in Brabant staan de ziekenhuizen met de rug tegen de muur, het is echt spannend nu.
- (10)(2e) pleit voor een directieve (bijna militaire) aanpak naar ziekenhuizen en hun directies. Hij is blij met de inzet van defensie en het Landelijk Coördinatieteam Patiënten Spreiding

Vragen kamerleden:

D66: Kunt u iets zeggen over de opname capaciteit op de normale afdelingen?

De aanloop op de SEH is hoog, ook op gewone ziekenhuisbedden misschien wel 4x zo hoog

PvdA: Hoe staat het met het voornemen om van 1 april tot 7 april om naar de 2000 IC bedden te gaan?

Piek is op eind mei, dan 1700 en 500 normale, dus 2200 patiënten. Fijn dat het eind mei is, omdat we dan tijd hebben op apparatuur geleverd te hebben. We kopen dus tijd.

CDA: Zelfstandige klinieken en dierenklinieken apparaten geven. Zijn er nog andere groepen die we nog kunnen aanspreken?

Nee. We zijn heel blij met hoe het ministerie dit heeft opgepakt.

50-plus: Patiënten die genezen zijn, zouden we die niet veel meer moeten inzetten in de zorg?

Hele goede gedachte, maar herstel duurt langer en mensen zijn nog niet in dezelfde conditie als voor het virus.

CU: Capaciteit in het ziekenhuis is beperkt, ook voor niet-corona behandelingen zoals in de oncologie, hier krijg ik veel vragen over. Waar kunnen mensen heen als ze hier vragen over hebben?

Hier zijn we over in gesprek met FMS. Welke zorg gaan we wel leveren en welke niet? Daarom FMS ook in landelijk regiecentrum? Gesprekken lopen nu, uitkomsten binnen een dag

SP: Welke aanvullende acties zouden kunnen helpen om capaciteit te vergroten?

Spanning vooral in Brabant. ROAZ nog niet optimaal aangesloten. Dit is voor mij ongelofelijk belangrijk, zeker in Brabant.

Denk: (10)(2e) geeft aan dat hij landelijke regie mist, kunt u dat verduidelijken?

Het is moeilijk dat de specialisten en ziekenhuisdirecteuren merken dat ziekenhuizen onder water komen te staan. Wanneer je naar het noorden gaat, daar heerst dat niet zo. Vanuit deze ziekenhuizen is er nog de reactie 'we gaan er over nadenken'. Hij wil een directieve aanpak naar ziekenhuizen en hun directie. Militaire aansturing.

SP: Wat wordt aan de kant van het ministerie verwacht? Wat is de taak van het ministerie en anderen om de regie te pakken?

Landelijk coördinatiecentrum doet er normaal 4 weken over om operationeel te worden, nu vragen we ze op het in een dag op te zetten. Einde van de dag moet deze coördinatie werken.

VVD: De rest van NL moet ook in de actiestand. Is er ook afstemming met ziekenhuizen die net over de grens zijn, waar wel capaciteit is (buitenland)?

Er zijn gesprekken met het academisch ziekenhuis in Aken. Verder heb ik hier geen overzicht van.

PvdD: Wat is de behandeling van mensen die afzien van behandeling, palliatieve zorg?

Wij hebben goede palliatieve zorg. Er kan dan gekozen worden voor palliatieve sedatie.

PVV: Draaiboek triage systeem, maakt de politiek een besluit of dit in werking moet treden?

In Nl triëren we altijd al. Veel ouderen komen niet op de IC, maar dit is geen triage. Rampentriage is pas als er in NL geen IC bed is. Wij hebben hier een protocol voor opgesteld, gedeeld met FMS. Morgen één landelijk rapport op de website. Ik denk niet dat dit een politiek rapport is.

Van Haga: Kunt u iets zeggen over het risico dat niet-corona patiënten lopen? Zijn er extra doden onder niet-corona patiënten?

We zijn hier volop over in gesprek met de FMS. Hierop willen sturen. We willen zo snel mogelijk zorgen dat andere behandeling zsm opgepakt kunnen worden.

Kooten-Arrissen: Artsen en verpleegkundigen uit het Noorden, is er een plan voor uitwisseling? Hoe zouden we dit kunnen sturen?

We willen graag dat mensen blijven waar ze zijn, maar er moet extra capaciteit aangetrokken worden.

FvD: Geen vragen.

Tweede vragen ronde:

CDA: Is er een tekort aan morfine?

Bij het opschalen van bedden moet je ook medicatie opschalen.

SGP: Voorzorgmaatregel mensen in de zorg? Hoe zorgen dat deze mensen het virus niet overdragen?

Twee keer per dag koorts meten en met verhoging thuis blijven en testen

Denk: Wat maakt dat directief aansturen nu niet mogelijk is?

Wat vragen nogal wat van een systeem. Het is lastig voor alle ROAZ'en om samen te werken. Blij met de expertise van het leger. Ik heb hier vertrouwen in.

CU: Scholen zijn gesloten, kunnen kinderen buitenspelen? Moeten er beperkingen komen voor groepsgrote?

SP: Wie is de eindbaas in de landelijke regie? Defensie of Min VWS?

Politieke vraag – verwijst naar debat

VVD: Waar zou u de regie willen leggen in het over het hele land verspreiden van patiënten?

Dit is ingericht daar het Landelijk Coördinatieteam Patiënten spreiding. De centrum word nu ingericht.

PvdD: Er moet een aanname zitten in de modellen over het volhouden of afschalen van maatregelen, kunt u daar iets over zeggen?

PVV: Maakt u zich zorgen of zorgmedewerkers dit kunnen volhouden?

We hebben geen keus, maar er is wel extra aandacht voor mentale en fysieke gezondheid van zorgmedewerkers

GL: Gaat u ook werken met extra bedden, ook buiten de IC?

Landelijk coordinatieteam moet signaleren of er tekorten zijn aan 'gewone' bedden en of er een noodhospitaal ingezet moet worden.

Koten-Arissen: Wat kunnen supermarkten doen om productbesmetting te verkopen?

Essentie is dat mensen die ziek zijn niet naar de supermarkt moeten.

PvdA: Wordt er gewerkt aan een scenario om naar een nog verdere uitbereiding van de IC capaciteit te streven? Bijvoorbeeld 2500 of 3000 bedden?

Ik denk dat het Nederlandse zorgsysteem dat dan niet meer aankan.

Verslag Technische briefing 7 mei

Kernpunten (10)(2e)

- Huidige situatie: 41.319 waarvan 11.153 (27%) opgenomen in het ziekenhuis. Momenteel liggen er 577 patiënten op de IC. Het aantal overlijdens is 5.204, maar dit zijn alleen bevestigde gevallen.
- Testen: Op de positieve testen die we vinden op het totaal aantal uitvoerde testen zit nu onder de 10%, dit geeft aan dat we met ons testbeleid op de goede weg zijn. Ook neemt het absolute aantal positieve gevallen af. De aanleiding om te testen neemt af, dit zien we ook bij de NIVEL huisartsen peilstations. Steeds minder mensen melden zich met griepachtige verschijnselen bij deze huisartsen.
- Spreiding over Nederland: Spreiding over Nederland is nog onveranderd. Het zwaartepunt ligt in Limburg, Brabant en Zuid-Holland. Ook het Sanquin onderzoek laat zien dat het percentage gevonden antistoffen het hoogst in Brabant is. De spreiding van gevonden antistoffen in dit onderzoek is hetzelfde als de spreiding gemelde patiënten.
- Leeftijdsverdeling/Man-vrouw verhouding: Mediane leeftijd van sterfgevallen ligt tussen de 80-85. Meer vrouwen als mannen lijken nu besmet te zijn, maar hier gaat het ook om wanneer iemand zich meldt voor een test. Opgenomen patiënten en sterfgevallen zijn meer mannen, dit blijkt ook uit buitenlandse onderzoek.
- IC opnames: Op 7 april lag de piek op 1322 patiënten, nu zijn er 571 COVID-19 patiënten op de IC opgenomen. Het aantal nieuw opgenomen patiënten is heel erg laag.
  We verwachten dat alle patiënten met COVID-19 in juli van de IC zullen zijn, maar de vraag is wel wat de invloed van de verlichting van de maatregelen hierop zal zijn.
- Reproductiegetal: Op 16 maart is het getal door de 1 gegaan, daarna rond de 0.7. We kunnen niet zeggen wat het reproductiegetal vandaag is, doordat we ons hiervoor baseren op ziekenhuisopnames. De infectie vind natuurlijk al plaats geruime tijd voor de ziekenhuisopname. Denemarken ging een week na Nederland door de 1, dit geldt ook voor Duitsland. Je wilt natuurlijk weten welke maatregel het meest effectief was en of we misschien onnodige maatregelen hebben genomen. Dit zal misschien wel gissen blijven, maar kan blijken uit dit soort onderzoek
- Publieke beleving maatregelen: Onderzoek NIVEL/RIVM publieke beleving van maatregelen. Vertrouwen in maatregelen is groot. Moeite om zich te houden aan de maatregelen neemt wel toe.
- Mondmaskers: Het effect van niet-medische maskers in de openbare ruimte is niet eenduidig in verschillende studies. Van 12 studies, laten maar 3 studies een zeer licht positief effect zien. Dit zijn studies mbt influenza en hier is de 1,5 m ook niet in acht genomen. Deze studies zijn ook gebaseerd op juist gebruik van de maskers. Hierdoor is het OMT van mening dat maskers maar in een zeer geringe mate bij kunnen dragen. 1,5 en triage mogelijkheden neemt al zoveel risico weg, dat het OMT van mening is dat er geen positief advies moest komen voor het dragen van maskers in de publieke ruimte. Belangrijk: Het gebruik van maskers mag niet 1,5m, hygiëne maatregelen, of thuis bij klachten vertroebelen. Dit kan tot negatieve effecten leiden. Het blijkt dat ongeveer 15% van de maskers niet op de juiste wijze gebruikt worden, bijvoorbeeld door te roken of een snack te nemen waarbij het masker aangeraakt wordt.
- Verlichting maatregelen: We hebben doorgerekend wat hier de effecten van zijn. Belangrijk is hierbij wel dat de 1,5 en hygiëne maatregelen wel gerespecteerd blijven. In deze schattingen blijven we nog steeds ruim onder de IC capaciteit. Dit zijn wel schattingen. We blijven monitoren wat er gebeurt na de verlichting van maatregelen (ziekenhuisopnames, IC opnames. R0, Google mobility, aantal positieven, OSIRIS, NIVEL/RIVM, virologische dagstaten en besmettingen in verpleeghuizen).

Inbreng kamer:

- Onduidelijkheid mbt tot opening horeca op 1 juni. Moet hier eerst nog een OMT advies op komen (PVDA)
- Onduidelijkheid mbt quarantaine na BCO onderzoek (PvdD)
- Veel vragen over presymptomatische/asymptomatische verspreiding (FvD, PVV, CDA)
- Veel vragen of er is voldaan aan alle criteria die het OMT eerst noemde voor versoepeling van de maatregelen (GL, SP, CU)

Inbreng kamer vraag + antwoord

D66: R0 ligt net onder de 1 en we weten ook dat we een vertraging zit in dit getal. Kunnen we niet net als Duitsland een systeem instellen dat 50 patiënten per 100.000 inwoners de grens is.

- Ook hierbij ben je afhankelijk van cijfers die geregistreerd moeten worden. De R0 fluctueerden ook. Het aantal nieuwe infecties en de leeftijdsverdeling is ook belangrijk, het gaat dus niet alleen om de R0.

D66: Is het in de versoepeling van de maatregelen niet belangrijk om rekening te houden met de verschillen in de regio's?

- In het begin van de uitbraak waren de verschillen tussen de regio's heel groot. Nu worden die verschillen veel minder doordat het aantal infecties sterk afnemen. Ook verwachten we dat er meer mensen beschermd zijn/antistoffen hebben in de zuidelijke regio's.

GL: We willen zoveel mogelijk ruimte hebben om in te kunnen grijpen als de absolute aantallen weer toenemen. Zou het daarom niet belangrijk zijn om de absolute aantallen eerst verder naar beneden te krijgen? Nemen we niet teveel risico's?

- Je kunt schattingen doen over de absolute getallen. Deze schattingen geven aan dat 500.000 tot 700.000 in NL geïnfecteerd zijn geweest. We zien ook dat de maatregelen steeds moeilijk zijn om vast te houden. Dit is een trade-off. Ook wordt het testbeleid steeds uitbereid. Op het moment waarop je iedereen met milde klachten kan testen, ben je beter op de hoogte met wat er speelt. Dit kan ook met apps waar mensen hun klachten kunnen invoeren. Deze ontwikkelingen zullen bijdragen aan een zo mogelijke voorspelling.

GL: Wanneer zullen wij op de rem trappen? Dit moet in Nederland kristal helder zijn. Wanneer overschrijden we een onaanvaardbare grens? Is het een absoluut criterium voor?

- Het is moeilijk hier een absoluut getal voor te hebben. Het gaat hierbij ook om onze doelen. Wanneer vooral kwetsbaren besmet zijn is deze grens lager dan wanneer vooral jongere mensen besmet zijn.

SP: Het OMT heeft vijf voorwaarden gesteld voor het versoepelen van de maatregelen (5 april?). Echter, aan 4 van de 5 van deze voorwaarden is nu niet voldaan. Hoe kijkt het OMT hier tegenaan?

- Ik denk dat u te optimistisch bent. We zien het aantal ziekenhuisopnames en IC-opnames steeds verder dalen. Ook kunnen we steeds meer mensen testen. Op grond van alles wat er loopt, ook wat betreft protocollen voor BCO, denken we het risico te kunnen nemen.

SP: Moeten we niet nog meer testen, nog meer BCO doen voordat we gaan versoepelen, zodat de R0 eerst verder kan delen?

- Het is de vraag of je voor gehele eliminatie gaan. Voor de zorg zijn duidelijk uitgangspunten opgesteld, dat blijven we monitoren. We proberen naar een beheersbaar getal te gaan en zoveel mogelijk controle te krijgen. Dit kan worden bereikt door meer testen en BCO.

PVV: In 2009 zei het RIVM dat in het geval van het pandemie een theedoek zelfs bescherming kan bieden. Nu wijkt het OMT hiervan af. In het OMT advies staat dat risico op verspreiding uitgesloten wanneer kapper ect triage kunnen doen. Een mondmasker is daarom niet nodig. Later in het OMT advies dat presymptomatisch verspreiding niet uit te sluiten is. Hoe is dit te rijmen?

- Wanneer mensen met klachten niet neer de kapper zullen gaan en ook dat de kapper niet aan het werk gaat met klachten. Wanneer dit in acht genomen zal worden achten wij het risico op besmetting uiterst laag, maar niet uit te sluiten. Wij hebben in ziekenhuizen gezien dat dit beleid werkt. We weten dat presymptomatisch besmetting kan, maar achten de rol hiervan in de verspreiding laag.

PVV: De heer van Dissel zegt zelf in het OMT advies dat er wel aanwijzingen zijn voor presymptomatische verspreiding. Waarom moeten er nu toch groepen zonder bescherming gaan werken?

- Op basis van wetenschap kunnen wij geen positief sturend advies uitbrengen op het gebruik van mondmaskers. Er staat ook dat kappers ect het wel kunnen gebruiken, maar wij gaan hier niet op sturen.

PvdA: Waarom vindt u het verantwoord dat de horeca weer opengaat per 1 juli? Ik mis een onderbouwing en uitwerking hierop.

- Er is alleen een perspectief geschetst hoe het zich kan ontwikkelen, maar dit moet uitgewerkt worden. Op basis van actuele gegevens zal hier een advies op komen.

PvdA: Betekent dat dat deze besluiten helemaal niet vastliggen? Moet het OMT hier nog een advies op geven voordat het besluit echt genomen wordt?

Dit zijn beleidsvragen, wanneer we de vraag voor krijgen zullen we hierop adviseren. We zullen blijven toetsen of bijvoorbeeld 1,5 en triage in acht genomen kunnen worden. Dit zijn belangrijke criteria voor de routekaart. Tussentijds moet gekeken worden of we op de goede weg zijn. Dit is niet aan mij om te besluiten, dit moet u aan de minister vragen

CDA: Ik heb een vraag op het testbeleid. Heeft u voldoende sturing, om te kunnen bepalen of we de goede kant op gaan?

- Op basis van modellen kunnen we betrouwbare schattingen maken. Ook hebben we criteria gesteld zoals 1,5m afstand en hygiëne maatregelen. Ook compliance wordt meegenomen in de modellen. Maar we moeten ons ook beseffen dat we met de maatregelen ook gezondheidsschade aanrichten, dit is een trade-off.

CDA: In een Duitse gemeente is een onderzoek gedaan en daar kwam uit dat 22% van de mensen asymptomatisch zijn. Wat betekend asymptomatische patiënten voor de verspreiding.

- Het is maar de vraag of deze mensen het virus ook kunnen overdragen. We zien nu dat we het virus onder controle kunnen krijgen wanneer we beleid richten op symptomatische verspreiding. Mocht dit wel een rol spelen, dan geven dit een plaats. Nu blijkt nog niet dat we last van amspytomatisch verspreiding hebben gehad. Maar we kunnen hier natuurlijk nog over leren.

PvdD: U heeft aangegeven dat mondmaskers schijnveiligheid kan bieden. Waarom is hier dan geen negatief advies over gekomen. U was eerder heel negatief over het gebruik.

- Er zijn studies die een positief effect aantonen, mits juist gebruik. Anderszijds zijn er onderzoeken die aantonen dat mensen toch naar buiten gaan wanneer ze milde klachten hebben maar een masker kunnen dragen. Dit creëert schijnveiligheid. Daarom is er onvoldoende bewijs om ertoe te adviseren, maar mensen kunnen het wel gebruiken.

PvdD: Mensen hoeven niet thuis te blijven wanneer zij naar voren zijn gekomen in een BCO. Waarom adviseren wij dat niet? De MP gaf aan dat je kan besluiten om thuis te blijven, maar dit is niet verplicht.

- In mijn herinnering is dit juist de verandering nu. Hangt wel af van de aard van het contact. Ik verwijs u naar de website

VVD: Zegt het OMT niet gezegd dat er eerst op grote schaal getest moet worden, voordat er verlichting kan plaatsvinden?

- We beogen een situatie waarin iedereen getest kan worden met klachten. We denken dat dit in juni kan. Ook denken we dat de verlichtingen van nu weinig invloed hebben op de parameters. Dit is consistent met elkaar. Meer contacten met het buitenland, zal ook extra risico opleveren. We moeten ons dus wel realiseren dat het virus onder ons zal blijven. Het testbeleid ontwikkeld zich mee met de versoepeling van de maatregelen.

VVD: Kunnen we soepeler omgaan met de criteria die eerder genoemd zijn, omdat we ook andere inzichten hebben?

- Dat denk ik wel. Er is voortschrijdend inzicht en we vergaren steeds meer kennis.

SGP: Gelden er nog gedragsregels nu we de maatregelen versoepelen? Als aanvulling op de 1,5 m of hygiëne maatregelen?

- De 'blijf zoveel mogelijk thuis' is veranderd in 'vermijd drukte'. Maar de basis blijft hetzelfde, gebaseerd op risico voor verspreiding (1,5m, hygiëne en blijf thuis bij klachten)

SGP: Hebben we voldoende wetenschappelijk informatie over het effect van het weer toestaan van sommige bijeenkomsten? Dit gaat bijvoorbeeld ook om culturele evenementen waar gezongen wordt.

- We hebben inderdaad aanwijzingen dat zingen kan leiden tot verhoogde kans op besmetting – deel antwoord gemist

DENK: Wat is nou de overweging om toch te zeggen ga maar mondmaskers gebruiken, terwijl er geen bewijs voor een positief effect is?

- We moeten onderzoeken uit een andere context toepassen op de huidige situatie. In de studies waarbij wel een positief resultaat te zien is, is de 1,5m bijvoorbeeld niet meegenomen. Maar ook nu zijn er situaties waarbij 1,5m in acht genomen kan worden. Dit is bijvoorbeeld zo in het OV.

DENK: In Stockholm heeft nu 25% van de mensen antistoffen opgebouwd. Ze denken binnenkort op 40% te zitten. Hoe kijkt u hier tegenaan?

- Je moet maatregelen zien in de context van het land. Het is in Zweden niet zo dat ze niks doen. Er zijn ook in Zweden veel gedragsveranderingen gezien, die zijn alleen anders gecommuniceerd. In Zweden ligt het infectiecijfer veel hoger dan in andere Scandinavische landen, dus dit is niet pijnloos verlopen. Dit ligt bijvoorbeeld ook aan de populatie van Stockholm, wat is de gemiddelde leeftijd, zijn er meer single-households?

CU: Wordt er aan alle voorwaarden voldaan voor versoepeling?

- Monitoring is belangrijk, dit blijven we doen. Deze beoordeling is onze verantwoordelijkheid. We blijven dus in de gaten houden of er op de rem getrapt moet worden. Het testbeleid en de rol van kinderen, zijn factoren die ons steeds meer inzicht geven.

CU: Wat is het perspectief voor bezoekregeling aan verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen?

- We hebben gekeken naar een voorstel van VWS over hoe dit zou kunnen. Het is aan de minister om te besluiten hoe dit vorm krijgt.

Van Haga: Ik zie dat er veel symmetrie ontbreekt in de maatregelen. Kappers en pedicures mogen open, sportscholen niet? Ook wordt het aantal m2 van de ruimte niet meegenomen. Waarom wordt hier niet meer naar gekeken?

- Dit wordt wel meegerekend wanneer je kijkt naar het afwegingskader voor de kapper. Niet elke ruimte heeft een even groot infectierisico. In sportscholen wordt veel gezweet, dat is anders bij de kapper. Dit kan je niet met elkaar vergelijken.

Van Haga: Wordt er intensiever onderzoek gedaan naar de rol van ventilatie?

- Wat moeten daar nog het nodige over leren. We weten dit natuurlijk uit ziekenhuizen. Er wordt hier zeker naar gekeken. Dit is ook de reden waarom buitensporten bijvoorbeeld wel is toegestaan.

FvD: In Nederland worden alleen mensen getest wanneer ze symptomen hebben. Terwijl er bewijs is voor asymptomatische/presymptomatische verspreiding. Is steekproefsgewijs testen niet nodig?

- In het kader van onderzoek zal dit wel gebeuren. Maar de afweging is hoe dit inzicht bij kan dragen aan de verspreiding en de aanpak. In de UK zijn bijvoorbeeld veel van dit soort testen uitgevoerd. Hiervan hebben we geleerd dat het het beste is om alleen symptomatisch te testen. De testen in de UK waren eerste positief, dan negatief. We willen hier wel meer over leren en hier zullen meer onderzoeken naar gaan lopen.

FvD: Zou dit dan niet goed zijn om toch te kunnen kijken of het in een regio weer de kop op steekt?

- In onderzoeksverband wel.

Krol-van Kooten-Arissen: Wordt er nu in het testbeleid ook prioriteit gegeven aan de ouderen in verpleeghuizen?

- In de verpleeghuizen zien we een geringe toename aan nieuwe huizen. Maar deze mensen vallen onder de indicatie om getest te worden. Hier is ook ruimte voor.

Krol-van Kooten-Arissen: Door vervoersbedrijven is aangegeven dat handhaven van mondmaskers in het OV niet uitvoerig gaat gebeuren. Maar hier kan toch geen 1,5m afstand gehouden worden. Wat heeft u de regering hierin geadviseerd?

- De leest u terugu in het OMT advies, dat wordt geïnterpreteerd door beleid

50-PLUS: Er staat nu dat 70-plussers beter geen bezoek kunnen ontvangen, eerder konden zij wel 2 mensen op bezoek hebben. Kunnen deze mensen nog wel naar de kapper ect?

- De kapper kan dit meenemen in de triage, zij kunnen ook komen met oplossingen als speciale knipuurtjes voor ouderen. Ook de oudere kan een afweging maken van persoonlijke risico's.

50-plus: Op pagina van de brief van de minister staat dat er na 1 juli grootschalig getest kan worden, maar er staat ook een kanttekening bij dat er voldoende test capaciteit voor moet zijn. Hoe ziet u dit?

- Deze brief is ondertekend door de minister. U zult dit dus aan de minister moeten vragen.

287345

Van:	(10)(2e)
Aan:	Korteling-Schoonderwoerd, (10)(2e)
Cc:	(10)(2e); (10)(2e), (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e), (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e)
Onderwerp:	corona update 25 mei
Datum:	maandag 25 mei 2020 19:49:57
Bijlagen:	20200525 Verslag afstemmingsoverleg.docx Overzicht Jeugd corona.xlsx 20200525. Verslag IAO COVID-19.pdf Agendapunt 2 20200525 Dashboard aanpak COVID-19-132348956459523794.pdf

Ha (10)(2e)

De corona update van maandag 25 mei voor het MT morgen:

1) **Route MCCB en persco volgende week + opvolging advies Halsema in het afstemmingsoverleg**
   a. Volgende week woensdag is waarschijnlijk de laatste MCCb en persco. Onderwerpen van belang voor de brief zijn: hoe gaan we om met vakanties, vaccinaties en behandeling, preventie, sport en stavaza dashboard.
   b. Werkgroep sociale impact (Halsema): SG kijkt mee op de brief van SZW over schuldenproblematiek. Stas en MMZS kijken mee met de door de SG opgestelde lijst van projecten waarbij kan worden aangesloten, voor het overleg tussen MVWS en Halsema en Geluk deze week.
2) **Opvolging advies Halsema**
   a. Binnen directie Jeugd ((10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) wordt nu een eerste aanzet gemaakt voor het VWS-deel van de notitie. (10)(2e) en (10)(2e) spreken morgen met DMO-collega's om hen beter aan te haken. Inbreng van andere departementen wordt morgen einde v/d verwacht. Vervolgens wordt de notitie woensdag interdepartementaal besproken en wordt hopelijk diezelfde dag nog een aangescherpte versie verstuurd naar de deelnemers van het SG/DG-beraad op donderdag (12:00-13:00 uur). Onze minister spreekt (10)(2e) (VNG) en (10)(2e) vrijdag hierover (planning is nu 9:00 uur).
   b. Morgen spreek ik (10)(2e) (10)(2e) (AZ) over de Catshuissessie met jongeren om de trajecten beter met elkaar te kunnen verbinden. Wij willen AZ in ieder geval een overzicht meegeven van alle jongerenparticipatie activiteiten met de boodschap dat co-creatie verder gaat dan een gezellig gesprek, waarbij zaken worden opgehaald. Mooi voorbeeld voor echte co-creatie is MDT. Daarnaast willen we Rutte uitnodigen voor het nationale jeugddebat op 24 juni (thema kan dan corona zijn) en Rutte vragen of hij bij de jongeren wil polsen welke vragen zij aan het OMT willen voorleggen.
   Bespreekpunt MT: Wat willen jullie nog meegeven t.a.v. Catshuissessie met jongeren?
3) **Overzicht corona-dossiers directie Jeugd**
   Bijgevoegd een concept-overzicht van de corona-dossiers en overleggen in directie Jeugd.
   Bespreekpunt MT: missen jullie nog zaken? Zo niet, dan lijkt het me goed om dit directie-breed te delen.
4) **IAO spreekt o.a. leerachterstanden, OMT-advies, nieuwe projectorganisatie en baanverlies onder jongeren**
   a. De meeste leerlingen hebben geen leerachterstand opgelopen blijkt uit een peiling van Algemene Vereniging Schoolleiders. Inspectie OCW kijkt hier ook naar (slide 5)
   b. Vanavond of morgenvroeg nieuw OMT-advies verwacht. Volgende week in MCCB besluitvorming over batch toerisme (wellicht dus inclusief zomerkampen)
   c. Start van nieuwe projectorganisatie COVID-19 is met één week uitgesteld
   d. Werkloosheid onder jongeren (15-25 jaar) stijgt flink. Het aantal werkenden is met 160 duizend gedaald, met name bij jongeren (104 duizend). (bijlage dashboard aanpak, slide 26-27)

   Verder geen relevante dingen gezien in de omgevingsanalyses en SITRAP.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
Teamcoördinator Kennis, Informatie en Directiefinanciën (KID)
....
Ministerie van VWS
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

....
M 06 - (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl
....
Buiten werktijden mailen mag, maar hoeft niet.
Beantwoord deze mail op een voor jou geschikt moment.

Werkdagen: maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

Actuele informatie over opvoeden en opgroeien in tijden van corona is te vinden op www.nji.nl/coronavirus

Redeneerlijn fitness/sportscholen

- Op basis van de adviezen van de experts in het OMT heeft het kabinet een routekaart ontwikkeld hoe Nederland weer langzaam en verantwoord van het slot kan
- In die routekaart is aangegeven dat fitnesscentra/sportscholen pas per 1 september weer hun deuren kunnen openen
- De reden dat het nog lang duurt voordat sportscholen hun deuren mogen openen hangt samen met de onduidelijkheid die nog bestaat rondom de zogenaamde "aerosolen"
- Aerosolen zijn kleine luchtdeeltjes waar het virus aan vastkleeft die in de lucht zweven. Doordat deze deeltjes zo klein en licht zijn, kunnen ze zich veel verder verspreiden en langer in de lucht blijven hangen.
- Als men sport/beweegt zou de afstand die deze virusdeeltjes af kunnen leggen snel toenemen en met name in binnen accommodaties zou daarmee een verdichting van het virus kunnen ontstaan
- Omdat er nog onvoldoende wetenschappelijk inzicht is in deze aerosolen, achten de experts van het OMT de onzekerheid en daarmee het risico op binnen sporten te hoog in
- Dat is de reden dat binnen sport, zo ook fitness, pas per 1 september op de routekaart staat om weer open te kunnen.

Woordvoeringslijn fitness/sportscholen

- Het kabinet heeft op 6 mei het spoorboekje gepresenteerd voor de versoepeling van de corona maatregelen
- Het openen van de sportscholen en fitnesscentra per 1 september heeft veel vragen opgeroepen
- Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat we die datum van 1 september niet zo maar gekozen hebben
- We varen daarin op het kompas van de experts in het OMT die aangeven dat eerdere opening van de sportscholen onverantwoord zou zijn
- Dit heeft te maken met de onduidelijkheid die er nog bestaat rondom de zogenaamde "aerosolen", de kleine virusdeeltjes
- Deze deeltjes zouden volgens een aantal onderzoeken kunnen overleven in de lucht en zouden wanneer iemand sport of beweegt een grotere afstand dan 1,5 meter kunnen afleggen
- Met name in binnen locaties zou dit kunnen leiden tot een verdichting van het virus en daarmee een besmettingshaard kunnen vormen
- Wetenschappers hebben nog onvoldoende inzicht over de rol die aerosolen spelen in de verspreiding van het virus en hoe dit tegen kan worden gegaan
- Om het risico op besmettingshaarden in de sport te voorkomen, is het advies van de experts in het OMT om binnen sporten voorlopig niet toe te staan
- Op basis van dat advies heeft het kabinet de opening van de fitness op 1 september gezet
- Voor de fitnessbranche is dit zeer teleurstellend dat begrijp ik heel goed
- Helemaal om dat zij een 1,5 meter protocol hebben liggen en dachten dat hiermee het risico op besmetting te kunnen beperken en dus open te kunnen, hetgeen niet het geval is
- Met de brancheorganisatie van de fitness Nlactief heeft mijn collega gesproken
- Dat was een goed gesprek waarin het onderlinge begrip is toegenomen
- Zij snappen beter hoe wij afwegingen maken en wij hebben meer inzicht gekregen in de specifieke kenmerken van de fitnessbranche en de gevolgen voor hen van de maatregelen
- In het gesprek is gesproken over mogelijke aanvullende maatregelen die sportscholen kunnen nemen om het risico op besmetting te verkleinen
- Ideeën daarover zijn ter beoordeling voorgelegd aan het OMT

Q: Er heeft vandaag een overleg plaatsgevonden met de fitnessbranche en met minister van Rijn. Heeft dit overleg ertoe geleid dat de fitness eerder dan 1 september open kan?

- Er heeft inderdaad een overleg plaatsgevonden met NL Aktief, de brancheorganisatie voor fitnessondernemers
- Dit was een goed gesprek wat ertoe geleid heeft dat we elkaar beter begrijpen
- NLactief snapt beter voor welke opgave wij staan en hoe afwegingen daarin gemaakt worden
- Wij hebben meer inzicht gekregen in verschillende aspecten van de fitnessbranche
- De frustratie dat binnen sporten, waaronder fitness vooralsnog niet mogelijk is, delen we
- We hebben nogmaals aangegeven waarom binnen sporten een te hoog risico vormt en we daarom eerdere opening niet aandurven
- De fitnessbranche geeft aan mogelijk met aanvullende maatregelen dit risico te kunnen reduceren zodat de datum van 1 september mogelijk wel naar voren kan
- We hebben hen toezegging gedaan dat we deze extra maatregelen zullen voorleggen aan het OMT
- Waarbij opgemerkt is dat hun afweging gemaakt wordt binnen een totaal beeld in de Nederlandse context en we nadrukkelijk varen op hun advies
- Want de situatie is broos en we willen voorkomen dat het eerder versoepelen van maatregelen leidt tot nieuwe besmettingen met het virus

Q. De fitness wordt nu dus als branche nadrukkelijk benadeeld, waarom juist de fitness?

- Het is niet alleen de fitnessbranche die moet wachten tot 1 september
- Het geldt voor alle binnen sporten en ook voor bijvoorbeeld kerken, koren en voor bijvoorbeeld samenkomsten in stadions
- In alle gevallen schatten de experts in dat het risico op het verspreiding van het virus in deze context hoog is
- Dat is de reden dat het kabinet besloten hebt dat deze activiteiten vooralsnog niet kunnen plaatsvinden

Q. Welk wetenschappelijk bewijs rondom aerosolen is er?

- Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd rondom aerosolen bij besmettingen
- De uitkomsten van die onderzoeken laten een diffuus beeld zien
- Wel gaan wetenschappers er vanuit dat aerosolen een rol spelen in besmettingen
- Het RIVM voert momenteel een literatuurstudie uit om beter te kunnen duiden wat er in algemene bekend is over aerosolen
- Welke rol aerosolen spelen in het verspreiden van het coronavirus is vooralsnog onduidelijk, daar is nog geen uitgebreid onderzoek naar gedaan

Q. Het protocol fitness is goedgekeurd, waarom mogen ze dan toch niet open?

- Het is een misverstand dat een goedgekeurd protocol ertoe leidt dat een sector of branche open kan
- Allereerst worden protocollen niet door ons, noch door het RIVM goedgekeurd
- Protocollen worden van commentaar/advies voorzien zodat een sector weet welke maatregelen het moet treffen om te voldoen aan de RIVM hygiëne maatregelen en de 1,5 meter afstand en zo kan bijdragen aan het verkleinen van de verspreiding van het virus
- Daarnaast is niet het protocol leidend in de besluitvorming van het kabinet, dat is het advies van de experts in het OMT
- Dee experts maken een afweging in een brede context en bekijken welke versoepelingen leiden tot een aanvaardbaar risico en hoeveel van deze aanvaardbare risico's gelijktijdig genomen kunnen worden
- Zij hebben aangegeven dat het risico rondom binnen sporten te hoog is om nu al vrij te geven, juist omdat er nog zoveel onduidelijk is over de rol die aerosolen spelen in de verspreiding van het corona virus.

Q. Waarom kunnen de sportscholen in andere landen wel gewoon open?

- Ieder land maakt in de bestrijding van het virus zijn eigen afwegingen
- Deze afwegingen hangen samen met onder andere de cultuur in een land maar ook met bijvoorbeeld de IC capaciteit die er in een land is
- Daarom zien we verschillen in de aanpak tussen landen op tal van terreinen
- De experts die ons adviseren kijken specifiek naar de Nederlandse context en adviseren ons op basis daarvan.
- Voor de sportscholen én het binnen sporten geven zij aan dat het risico op verspreiding van het virus binnen de Nederlandse context hoog is
- Op basis van dat advies hebben wij besloten binnen sporten waaronder fitness vooralsnog niet toe te staan

De brede gezondheidseffecten van een lockdown

Een zeer snelle, indicatieve review van de literatuur

MEVA, cluster strategie & kennis, 30 maart 2020

Aanleiding

Het afgelopen weekend bereikte MEVA de vraag om een onderbouwing op te stellen over de bredere gezondheidseffecten van een 'lockdown'. Ditzelfde weekend werd in de media de stelling geponeerd dat de beperkende maatregelen op langere termijn meer gezondheidsschade zullen veroorzaken dan de pandemie zelf. Daar staan geluiden vanuit de Tweede Kamer tegenover om meer beperkende maatregelen in de vorm van een 'echte' in plaats van een 'intelligente' lockdown.

Opbouw notitie

In deze notitie zetten wij uiteen welke bredere gezondheidseffecten op korte en lange termijn mogelijk optreden bij een lockdown. We beschrijven eerst welke impact quarantaines hebben op de (mentale) gezondheid van mensen. Dit fenomeen is vrij uitvoerig onderzocht tijdens de recente SARS/H1N1/Ebola crises. Vervolgens beschrijven we de mogelijke effecten van het opschorten van reguliere zorg en de 'stuwdam' aan onvervulde zorgbehoefte. Ten slotte beschrijven we de langere termijn gezondheidseffecten van economische recessies, vanuit de aanname dat een intensievere en langere lockdown een grotere recessie teweegbrengt.

Disclaimer

Deze notitie is in een zeer kort tijdsbestek opgesteld. Er kunnen dus dingen in ontbreken. Wel zijn we erachten gekomen dat de negatieve en positieve gezondheidseffecten van beperkende maatregelen bij *deze* pandemie niet kwantitatief tegen elkaar afgewogen kunnen worden. We weten immers niet wat het toekomstige verloop is van deze pandemie. Ook is niet nauwkeurig bekend welk effect de 'stuwdam' aan uitstelzorg zal hebben. Als laatste is de ordegrootte en duur van de economische recessie die aantreedt onzeker, en niet goed te vergelijken met SARS/H1N1/Ebola en de financiële crisis van 2008.

Procesvoorstel

Indien de wens bestaat om de brede gezondheidseffecten van een lockdown meer mee te nemen in besluitvorming rond COVID-19, dan lijkt het ons het meest logisch dat dit integraal onderdeel uitmaakt van de advisering door het Outbreak Management Team. Professor (10)(2e) lijkt ons de meest aangewezen persoon om nauwkeuriger en systematischer dan in deze notitie dergelijke afweging vorm te geven. Er zou voor gekozen kunnen worden om bij hem aanvullend advies in te winnen. Indien dit gewenst is, leggen wij graag de contacten hiertoe.

1. Invloed *lockdown* (quarantaine) op mentale gezondheid

Disclaimer
COVID-19 is niet een-op-een te vergelijken met SARS, Ebola et. De weinige studies over COVID-19 zijn veelal gebaseerd op beperkte steekproeven, die niet aselect zijn getrokken; ze zijn verder niet door experts beoordeeld (peer-review). De bevinden liggen wel in lijn met het eerdere werk t.a.v. SARS. Er is verder aanzienlijke spreiding in resultaten.

Ondanks deze methodologische mitsen en maren laat de literatuur geen twijfel bestaan: een *(total) lockdown* heeft negatieve consequenties voor de mentale volksgezondheid. Het meest voor mensen in quarantaine (specifieke groepen), maar ook voor zij die dat niet zijn.

Langer en strikter in lockdown is erger

Hoe langer de *lockdown* duurt en hoe strikter deze is, hoe groter de negatieve effecten zijn (Brooks et al, 2020). Belangrijkste negatieve effecten: PTSS, suïcides, boosheid, eenzaamheid. De hoogste scores worden gewonden voor neerslachtigheid (73%) en geïrriteerd zijn (57%). Enkele studies (Brooks et al, 2020) stellen dat langere quarantaines (> 10 dagen) correleren met slechtere uitkomsten voor met name PTSS syndroom versus kortere quarantaines. Ook blijkt dat IC opname de kans op PTSS vergroot, met 19-28% (Griffiths et al, 2007). Negatieve effecten bestaan nog (lang) nadat quarantaine is beëindigd (verslaving, vermijdingsgedrag).

PTSS is een belangrijk effect op zichzelf, maar vergroot ook de kans op suïcidale gedachten en andere psychische aandoeningen. De kans op een reeks van somatische aandoeningen neemt ook toe, waaronder: CVM, diabetes-2, artritis, dementie en allerlei ontstekingen. Er zijn studies die correlaties vinden met voortijdig overlijden (Lohr et al, 2015).

Effecten van lockdown zijn erger bij sommige groepen, en ook aan de orde in regio's zonder quarantaine.

Negatieve effecten zijn in de regel groter bij (Brooks et al, 2020): 1) zorgprofessionals, 2) bij mensen met psychiatrische problematiek en 3) bij mensen met een lager inkomen (extra financiële problemen agv quarantaine), 4) vrouwen, 5 mensen met somatische kwetsbaarheden (co-morbiditeiten). IC personeel heeft ook (een verhoogd) risico op PTSS van 23% (Mealer et al, 2010).

Opvallend is dat er ook negatieve mentale effecten zijn buiten de door quarantaine getroffen regio's, maar minder, en met name voor mensen die niet meer (kunnen) werken als gevolg van de quarantaine elders (Zhang et al, 2020; Sun et al, 2020).

Strategieën om negatieve effecten te beperken

Strategieën om de mentale gezondheidsproblemen te mitigeren blijken o.a.: 1) goede communicatie over het doel van de quarantaine, 2) mensen in quarantaine adequate zorg bieden en goed bevoorraden (voedsel, water, thermometers, financiën etc.), 3) mensen adviseren om blijvend preventieve maatregelen te nemen zoals handenwassen en mondkapjes, omdat diegenen die dat ook tijdens de quarantaine bleven doen zich beter voelden dan diegenen die dat niet bleven doen. (Brooks et al, 2020; Wang et al, 2020).

In algemene zin geldt dat het belangrijk is om de *lockdown* niet langer te laten duren dan nodig (Brooks et al, 2020). Daarnaast kent vrijwillige zelfisolatie aanzienlijk minder negatieve effecten voor mentale gezondheid. Vanuit mentale gezondheid bezien is het in theorie dus het beste als iedereen vrijwillig in quarantaine gaat. Hiervoor zijn goede communicatie en heldere eenduidige boodschappen essentieel (Brooks et al, 2020; Wang et al, 2020).

Studie	Uitkomsten	Kanttekeningen
Brooks et al, Lancet 2020	Substantiële neg. effecten. Verschillen naar groep, duur etc. Maatregelen om dit te minimaliseren van groot	24 studies, geen COVID-19 data (SARS = minder overdraagbaar, maar wel ernstigere klachten), 1-3 weken/onduidelijke duur isolaties

	belang.	
Zhang et al, 2020	Mensen gestopt met werken meeste mentale klachten. COVID-19 haarden niet perse slechter, behalve voor mensen met co-morbiditeiten. Mensen die meer bewegen, meer klachten.	Niet peer-reviewed. 64 regio's in China, 369 respondenten (COVID-19), allerlei methodologische limitaties.
Wang et al., 2020	58% mentale klachten, 16.5% depressieve, 28,8% angst, 8% veel stress, Vrouwen en mensen met co-morbiditeiten extra gevoelig. Preventie: social distancing en mondkapjes positief effect op klachten	COVID-19, Snowballing survey (limitatie), 194 cities China, 20-24 uur thuis,
Sun et al, 2020	4.6% acute PTSS, vrouwen, mensen met link Wuhan, mensen met infectie risico's en slechte slapers hogere respons	COVID-19, China, 2091 deelnemers waarvan slechts enkele positief getest zijn
Hawryluck et al, 2004	PTSS, 29.9%; depressieve klachten 31,2%	129 respondenten

2. Opschorten van reguliere zorg en de 'stuwmeer' aan onvervulde zorgbehoefte.

Disclaimer

Wat gebeurt er ondertussen met de 'gewone' patiënt die 'reguliere zorg' nodig heeft? Op dit moment is daar nog nauwelijks iets over te zeggen. Het onderzoeksbureau Gupta Strategists heeft over week 12 (16-22 maart 2020) onder 53 zorgprofessionals en zorgaanbieders geïnventariseerd wat de gevolgen zijn[1]. Het resultaat is hieronder samengevat. Dit is een echt eerste indruk, nog niet bevestigd door registratiecijfers of herhaald (door andere onderzoekbureaus). Er zullen maanden overheen gaan voordat er goed onderbouwde analyses liggen. Overigens valt op korte termijn over de grootte van verschillende patiëntgroepen die electieve zorg nodig hebben wel meer te zeggen.

In de inventarisatie is niet meegenomen de variëteit/spreiding tussen regio's: de situatie in ziekenhuizen van Noord-Brabant is anders dan in Groningen. Bovendien is de toon van Gupta sterk adviserend en gericht op verwachte omzetverliezen van zorgaanbieders. Desalniettemin is zijn de uitkomsten voor een eerste beeld wel bruikbaar.

Eerste inzichten op basis van een rondgang onder zorgaanbieders

- Op dit moment ligt zo'n 40% van de zorg stil: 3,5 miljoen patiëntcontacten per week[2] die zijn afgezegd, 90.000 artsen, verpleegkundigen, tandartsen en andere zorgprofessionals die hun vak niet kunnen uitoefenen. Een groot deel is afgezegd, een deel gaat telefonisch of met beeldbellen door.
- In sommige zorgsectoren is de afname zelfs bijna 100%. Zo liggen mondzorg en dagbesteding (voor ouderen, gehandicapten of ggz-cliënten) vrijwel stil. In ziekenhuizen wordt 40% minder zorg geleverd.
- In de ziekenhuizen worden momenteel nauwelijks electieve operaties uitgevoerd: geen nieuwe heupen, staaroperaties, incontinentie-ingrepen, spataderen of plastische chirurgie, fertiliteitstrajecten, maagverkleiningen en hartklepvervangingen. Voor een deel van de oncologische patiënten is de CT-scan of chemotherapie uitgesteld. Daarnaast zijn de poli's zo goed als leeg.

Stel dat het coronavirus over enkele weken onder controle is, dan zal de uitgestelde reguliere zorg waarschijnlijk snel weer worden opgepakt; als de druk van corona langer aanhoudt zal de omvang van de uitgestelde zorgvraag groter wordt. Dit stuwmeer aan zorgvraag loopt vooral bij ziekenhuizen, tandartsen, huisartsen en in de ggz op.

De zorgvraag die zal verdampen, bijvoorbeeld:

- Dagbesteding, herhaalpoli's bij chronisch zieken, periodieke controles bij de tandarts, echo's in de verloskunde.
- Minder sporten en minder verkeer betekent minder spierscheuringen en botbreuken.
- Minder huisartszorg en paramedie: na een tijdje is hoofdpijn, een verrekte enkel of stijve rug vaak vanzelf over.

Door deze ongekende situatie zullen effecten zichtbaar worden wanneer de zorg niet aan iedereen kan worden verlenen. Misschien lossen patiënten en hun omgeving een deel zelf op, misschien leidt het tot meer zorgvraag op een later moment. Dit is zeker niet volledig onrealistisch omdat bekend is dat doktersstakingen in het verleden hebben geleid tot een gelijkblijvende of zelfs dalende totale sterfte.

De zorgvraag die zal leiden tot een stuwmeer aan zorg zijn van mensen die niet voor niets op de wachtlijst stonden of de zorg uitstelden, zoals:

- maagverkleining, nieuwe hartklep, nieuwe knieën of spataderoperaties;
- onrustig plekje op de huid dat een bezoek aan de huisarts vereist;
- een gevoelige kies die steeds verder gaat ontsteken;
- Psychiatrische patiënten die een terugval krijgen door het (grotendeels) wegvallen van hun behandeling. Hun klachten zullen verergeren, terwijl tegelijkertijd ook hier aanbod inzakt.

---

[1] Bron: In de slipstream van corona: een secundaire crisis in de zorg

[2] Op een doorsnee bezoeken 240.000 mensen de huisarts en 160.000 het ziekenhuis. 240.000 de fysiotherapeut, 200.000 de tandarts en 75.000 de psycholoog..

- Daarnaast is een toename in de GGZ vraag te verwachten, zowel als gevolg van een lockdown zelf (hoofdstuk 1), als door de aanstaande recessie (hoofdstuk 3). In de GGZ is dus sprake van een dubbele dreiging.

Aanknopingspunten en aandachtspunten:

De coronacrisis kan de versneller zijn van het verplaatsen van zorg naar huis. Waar (beeld)bellen tot nu toe op vrij beperkte schaal werd ingezet als alternatief voor face-to-face consulten, wordt dat nu breed ingezet. Werd in 2016 nog door Gupta ingeschat dat zorg op afstand ongeveer 15% van de polibezoeken zou kunnen vervangen; de huidige situatie laat zien dat dat in misschien wel 80% van de gevallen het geval is. De NZa heeft het recent mogelijk gemaakt om ook het eerste polibezoek al digitaal te doen.[3]

Bij het voorkomen van zorgmijding moet vooral gedacht worden aan alle kwetsbare ouderen die nog thuis wonen en geen contact meer (durven te) hebben met de zorg, of mensen die wachten op diagnostiek of behandeling bij de huisarts of het ziekenhuis. Of psychisch kwetsbare mensen die hun ei niet kwijt kunnen via online contact en daarom helemaal geen begeleiding meer krijgen. En tot slot is het belangrijk ook de groep mensen met beperkte digitale vaardigheden niet uit het oog te verliezen.

Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) en de opstart na Covid-19

De doelstellingen van het programma ZE&GG zijn dat de patiënt de bewezen beste zorg krijgt en om een bijdrage te leveren aan het betaalbaar houden van de zorg. De HLA-MSZ-partijen, het Zorginstituut en ZonMw werken nauw samen om ervoor te zorgen dat zorgevaluatie over vijf jaar integraal onderdeel is van het reguliere zorgproces binnen de medisch specialistische zorg. Dit houdt in dat het onbekende wordt geëvalueerd en bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd. Het programma beoogt dit te bereiken doordat een afgestemde cyclus van agenderen, evalueren en implementeren en monitoren (Cirkel van Gepast Gebruik).

Zorgevaluatie en Gepast Gebruik houdt zich bezig met alle MSZ-zorg, de wetenschappelijke onderbouwing van deze behandelingen en de gepaste inzet van zorg. In het programma ZE&GG wordt nagedacht hoe de tot nu opgeleverde resultaten ingezet kunnen worden voor de opstart na Covid-19. Dus, zodra er weer ruimte ontstaat om zorg geleidelijk weer op te starten zijn er een aantal belangrijke vragen waar over nagedacht moet worden:

- Welke zorg moet als *eerste* weer opgebouwd?
- Welke *prioritering* brengen we hier in aan?
- Wat doen we wel en wat doen we niet? (*implementatieagenda*)

Concreet is er in ZE&GG recent een implementatieagenda van kennis over zorg die geïmplementeerd kan worden (https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/implementatieagenda/). Deze agenda wordt door alle HLA-MSZ-partijen en het Zorginstituut en ZonMw ondersteund. Op deze agenda staan ruim 100 onderwerpen die geïmplementeerd kunnen worden. Deze lijst is samengesteld uit reeds gerealiseerde resultaten uit andere initiatieven zoals. ZE&GG ondersteunt bij de implementatie hiervan:
- Doen of laten
- ZonMw DoelmatigheidsOnderzoek
- Leading the Change
- Zinnige Zorg

Op de iets langere termijn kan de vraag opkomen welke door de Covid-19-crisis gecreëerde systemen en organisatievraagstukken, behouden moeten blijven. Binnen ZE&GG wordt nagedacht hoe dit punt geadresseerd kan worden.

Vraagstelling

Zijn huidige programma's (waaronder ZE&GG) en HLA-MSZ-partijen voldoende in staat om het stuwmeer aan zorg straks te goed weer op te pakken?
Of moet er (onafhankelijke) coördinatie komen buiten de reguliere (HLA-MSZ-)partijen komen om deze goede opstart te faciliteren?

3. Gezondheidseffecten van economische recessies

[3] https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/03/13/nza-past-regelgeving-aan-vanwege-coronavirus

De COVID-19 pandemie zal een wereldwijde economische recessie veroorzaken. De OESO schat vooralsnog in dat het wereldwijde BBP in 2020 met minstens 1,5% zal dalen en denkt niet dat er sprake is van een 'V-curve' (snel herstel). Het CPB komt voor Nederland uit op een krimp van 1,2 tot 7,7%. In drie van de vier CPB scenario's is de krimp groter dan in 2008/2009, wat aangeeft dat we naar alle waarschijnlijkheid te maken krijgen met een majeure recessie. Die recessie wordt groter naarmate maatregelen om de uitbraak tegen te gaan intensiever worden en langer duren, zoals het geval is bij een verstrekkende langdurige lockdown.

Disclaimer
De economische recessie die COVID-19 veroorzaakt is niet goed vergelijkbaar met eerdere recessies. COVID-19 is een wereldwijde pandemie die juist ook huishoudt in hoge-inkomens landen, de rentes zijn historisch laag en de private schulden historisch hoog, de wereld is meer geglobaliseerd dan ooit waardoor golven van het virus een wereldwijd waterbed zullen blijven veroorzaken, en er zowel vraag als aanbod lopen sterk terug. Daar staat voor Nederland tegenover dat de overheids-, bank- en zorgfinanciën behoorlijk op orde zijn.

Economische ontwikkeling correleert sterk met gezondheid. Op macroniveau geldt dat naarmate het BBP/capita van een land stijgt, de levensverwachting ook stijgt. Op microniveau geldt dat mensen met een hoger inkomen, langer gezond leven dan mensen met een laag inkomen. Dit roept de vraag op hoeveel en welke gezondheidsschade de aanstaande recessie op langere termijn zal veroorzaken.

Recessies zijn slecht voor de mentale gezondheid

De literatuur laat er geen twijfel over bestaan dat economisch slechtere tijden ook op populatieniveau slecht zijn voor de mentale gezondheid. Stress door verlies van een baan, inkomen of vermogen zorgt voor meer depressies en angststoornissen, zowel bij werkenden als bij werklozen. Een stijging van de werkloosheid van 1% is in Europa geassocieerd met 0,79% meer (zelf)moorden, terwijl 3% meer werkloosheid samenhangt met 4,45% meer zelfmoorden en 28% meer doden als gevolg van alcoholmisbruik.[4] Vooral mannen die hun baan verliezen vormen een risicogroep ten aanzien van zelfmoord. De toename van zelfmoord onder vrouwen is beperkt of afwezig, maar zij rapporteren wel vaker een slechte zelf gerapporteerde mentale gezondheid.

Andere gezondheidseffecten zijn niet eenduidig

Economische recessies kennen echter niet alleen maar negatieve gezondheidseffecten. Sterker nog, er zijn diverse studies die op korte termijn een afname in de totale sterfte vinden. Hieruit volgt de hypothese dat sterfte procyclisch is en mentale gezondheid contracyclisch. Het is niet helemaal bekend hoe dit komt, maar een belangrijke verklaring vormt de afname in het aantal beroertes en hartinfarcten. Sommige onderzoekers wijzen dat toe aan een gezondere leefstijl, hoewel de leefstijl onder risicogroepen juist ongezonder lijkt te worden tijdens een recessie.

Gezondheidseffecten van economische recessies zijn erg contextafhankelijk

De effecten van de 2008 recessie waren in Europa zeer heterogeen, zowel tussen als binnen landen. Die verschillen hangen samen met cultuur en reeds aanwezige trends. Zo nam het aantal zelfmoorden in Griekenland in absolute zin beperkt toe, omdat er al relatief weinig zelfmoord werd gepleegd. De afname in het aantal verkeersongevallen was ook beperkt in landen waar al relatief weinig mensen stierven door een verkeersongeval, zoals Nederland.

Socialezekerheidsbeleid kan negatieve gezondheidseffecten deels opvangen

Negatieve gezondheidseffecten van economische recessies zijn doorgaans groter in landen waar werd bezuinigd op de sociale zekerheid, publieke gezondheid en zorg, en landen waar deze infrastructuren al van minder niveau waren. Zo nam het aantal zelfmoorden en uitbraken van infectieziekten na 2008 sterker toe in bijvoorbeeld Griekenland en Letland -waar sterk werd bezuinigd- dan in IJsland - waar nauwelijks werd bezuinigd. Eerdere crises hadden in Scandinavië

[4] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609611247

ook een beperkte toename van zelfmoord tot gevolg, doordat extra in sociale zekerheid werd geïnvesteerd. Daarmee lijkt de interactie tussen recessies en gezondheid af te hangen van de mate waarin bepaalde risicogroepen tegen zichzelf in bescherming worden genomen. In hoeverre dit mogelijk is, hangt af van het *kunnen* en *willen* betalen van sociale zekerheid in tijden van recessie.

De volgende tabel vat enkele effecten van economische recessies samen.

Bewezen effecten	**Mogelijke verklaringen/ mitigerende factoren**	**Belangrijk voor Nederlandse context**
Totale sterfte blijft gelijk of daalt, vooral door afname van hartinfarcten en beroertes	Minder werkdruk, werkongevallen, verkeersdoden en drugsgebruik, gezondere leefstijl en luchtkwaliteit	Moeilijk te zeggen
Verkeersdoden daalt, luchtkwaliteit verbetert	Minder economisch verkeer	Aantal verkeersdoden is in NL relatief laag
(Zelf)moord neemt toe bij mannen die hun baan verliezen, mentale gezondheid verslechtert bij vrouwen	Meer werkloosheid en financiële onzekerheid, kan deels worden gemitigeerd door sociale zekerheid	Aantal zelfmoorden in NL rond het EU gemiddelde, trend niet dalende
Uitbraken bepaalde infectieziekten zoals HIV/AIDS	Bezuinigingen op vitale infrastructuren zoals publieke gezondheid	NL heeft weinig staatsschuld waardoor relatief grote steunpakketten mogelijk zijn, en bezuinigingen relatief beperkt kunnen blijven
Gezondheidsverschillen stijgen	Bij immigranten en laagopgeleiden zijn negatieve gezondheidseffecten groter	Moeilijk te zeggen. Wel is bekend dat NL huishoudens relatief hoge private schulden hebben en veel mensen in ZZP en deeltijdverband werken

Gebruikte literatuur:

https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673613601026?token=A5444DDC48582FD91A8D3771B21CF92017527C52CAE5F8F6B336A02752DEE26FCF28F83C81BC8ED1D7743E202D135389

https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4588

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266716300160

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3557504

https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-031210-101146

https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4880023&blobtype=pdf

https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2720-y

https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-soc-073014-112204#_i6

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.3373

https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4631.full

287351

Van: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
Aan: (10)(2e)
Onderwerp: FW: Sitrap 79 | Covid-19
Datum: zondag 17 mei 2020 20:48:10
Bijlagen: 20200515 SITUATIERAPPORT DCC VWS aan Veiligheidsregio"s #13.pdf

Ha (10)(2e)

Uit de Sitrap komt:

Er zijn zorgen over jongeren tussen de 12 en 18 jaar met psychiatrische- of gedragsproblemen, een licht verstandelijke beperking of andere problematiek, zoals meervoudige handicapten. De zorg voor deze jongeren met complexe problematiek of combinatie van problematiek, komt niet op gang omdat:

- de zorg/dagbesteding/speciaal onderwijs niet (volledig) is opgestart;
- de zorg (vb. op verblijfsgroepen) niet is in te richten op de eis van 1,5 meter afstand;
- het vervoer niet gerealiseerd kan worden met de eis van 1,5 meter afstand.

Groeten,
(10)(2e)

Van: (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 15 mei 2020 20:41
Aan: _Groep PG-DDA Crisis Extra incl. bewindslieden <_GroepPG-(10)(2e)minvws.nl>; _Groep PG-DDA Standaard <_GroepPG-(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@kabinetvandekoning.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@vru.nl>; (10)(2e) (10)(2e). (10)(2e)@igj.nl>; (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)minszw.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nctv.minjenv.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)minaz.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)minocw.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)kabinetvandekoning.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; Crisiscoordinator BZ <(10)(2e)minbuza.nl>; (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)minaz.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)minbuza.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)minaz.nl>; DCC BZK <(10)(2e)@minbzk.nl>; DCC LNV <(10)(2e)@minlnv.nl>; DCC SZW <(10)(2e)@minszw.nl>; (10)(2e)@minienw.nl; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@igj.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)minvws.nl> (10)(2e) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; '(10)(2e), (10)(2e)' <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)MINSZW.NL>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@ifv.nl>; (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@kabinetvandekoning.nl>; (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@minbzk.nl>; (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))

<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minszw.nl>; (10)(2e)
<(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e)
<(10)(2e)@nctv.minjenv.nl>; (10)(2e)@rivm.nl; Jonge, H.M. de (Hugo)
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@rivm.nl; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e)
<(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e).
((10)(2e)) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>;
(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e). (10)(2e) <(10)(2e)@minaz.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@minszw.nl>; LCI <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)
(10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)@rivm.nl; (10)(2e)
(10)(2e) <(10)(2e)@lhv.nl>; LOCC <(10)(2e)@minjenv.nl>; LOTC <(10)(2e)@ifv.nl>; (10)(2e).
((10)(2e)) <(10)(2e)@igj.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)
(10)(2e) <(10)(2e)@minbuza.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e)
<(10)(2e)@ifv.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@ifv.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e)
((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e),
(10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e).
(10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; NCC <(10)(2e)@nctv.minjenv.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
<(10)(2e)@igj.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)minvws.nl>; (10)(2e)
<(10)(2e)@minaz.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>;
(10)(2e)@minbuza.nl; (10)(2e)@minbuza.nl; (10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nvwa.nl>; (10)(2e)
(10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e),
(10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e),
(10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e),
(10)(2e). <(10)(2e)@igj.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)
(10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>;
(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e). (10)(2e) <(10)(2e)@minaz.nl>;
(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@minbzk.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
<(10)(2e)@igj.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e).
((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@belastingdienst.nl>;
(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>

Onderwerp: Sitrap 79 | Covid-19

Beste collega's,

Bijgaand ontvangt u de situatierapportage van het Departementaal Crisiscentrum van VWS en de omgevingsanalyse voor COVID-19.

Daarnaast ontvangt u in de bijlage ook de wekelijkse situatierapportage van het Departementaal Crisiscentrum van het Ministerie van VWS aan de Veiligheidsregio's (VR).

287351

De sitrap VR's bevat informatie en handelingsperspectieven rond de uitbraak van het COVID-19 (coronavirus). Het betreft informatie voor professionals die betrokken zijn bij de crisisbeheersing.
Hierbij het verzoek deze informatie te delen binnen uw crisisorganisatie. De informatie is zorgvuldig bij elkaar gebracht en zoveel mogelijk geactualiseerd. De sitrap wordt verstuurd aan alle veiligheidsregio's,
de leden het Interdepartementaal Afstemmingsoverleg (IAO) en volgens de netcentrische werkwijze opgenomen in het LCMS (activiteit 26-Multibeeld).

De sitrap wordt vanaf heden ingedeeld langs 3 vaste thema's gelijk aan de interdepartementale projecten binnen de crisisstructuur:

- Thema Maximaal Controleren
- Thema Zorg voor Kwetsbare Personen
- Thema Caribisch Nederland

Aanvullende thema's kunnen per sitrap variëren.

Verzoek om op deze thema's dagelijks voor 16:00 relevante informatie voor de sitrap aan te leveren bij dcc@minvws.nl.
Dan zorgen wij dat het wordt verwerkt in de volgende rapportage. Bij voorbaat dank!

Aanmelden en afmelden voor de rapportage kan ook via dcc@minvws.nl.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) | **DCC VWS**
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
(10)(2e)@minvws.nl | +31 6 (10)(2e)

Van: (10)(2e)
Aan: (10)(2e)
Cc: (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: corona update 18 mei
Datum: maandag 18 mei 2020 20:33:43
Bijlagen: 20200518 Verslag IAO COVID-19.pptx
20200518 Verslag afstemmingsoverleg.docx
opvolging werkgroep Halsema - jongeren.docx
Zicht op de samenleving in coronatijd.pdf
Bijlage 1 Afwegingskader heropening overige gesloten voorzieningen.pdf

---

Ha (10)(2e)

Voor het MT morgen, weer de dagelijkse update (ben nu selectiever geweest met de bijlagen):

1) **In verslag IAO is er aandacht voor jongeren inclusief communicatiestrategie:**
   a. Aandacht voor werkgroep Halsema
   b. Influencers campagne jongeren met oproep meedenken. Aandacht voor jongeren ("maak hen onderdeel van het meedenken over hun rol t.a.v. afstand houden") zal onderdeel uitmaken van communicatie.
   Ik heb (10)(2e) (10)(2e) gevraagd of hij weet wie dit binnen DCO oppakt en wat zij willen doen met hetgeen ze ophalen via de influencers.
2) **In afstemmingsoverleg is besloten tot een werkgroep sociale impact coronacrisis**:
   a. Werkgroep sociale impact coronacrisis: Intern wordt deze week een plan gemaakt voor deze werkgroep en een afspraak met de leden van de oorspronkelijke werkgroep volgt volgende week. Toelichting: Deze werkgroep is een vervolg van een werkgroep o.l.v. (10)(2e) die een adviesrapport op dit thema heeft gemaakt. Het wordt een interdepartementale werkgroep van BZK, SZW, OCW, J&V en VWS waarbij zowel op de korte als lange termijn naar de impact wordt gekeken. Onze SG heeft de andere SG's uitgenodigd voor een overleg op woensdag.
   DMO en Jeugd zijn gevraagd om dit voorbereiden. Uit een eerste brainstorm met Marion en Wendela is bijgevoegd plan gekomen.
3) **TK-debat wordt gevolgd door** (10)(2e):
   a. Het debat is woensdag van 15.30 tot 23 uur. (10)(2e) zal weer luisteren (in elk geval tot en met eerste termijn). DMO is gevraagd om ook weer voor ons op te letten. (10)(2e) zal meeluisteren vanaf 17:30 uur.
4) **TKN: Nieuwe Covid-19 wet morgen in het OTCB:**
   a. Morgen ligt in het OTCB de nieuwe Covid-19 wet voor. Wat nu veelal in de noodverordening staat krijgt nu een wettelijke grondslag. Ook geeft deze wet meer ruimte voor burgermeester en veiligheidsregio's om maatwerk te leveren. Net als bij andere wetten, kunnen details met ministeriële regelgeving worden ingevuld. Voor zorg en onderwijs kunnen specifieke sectorale regels gelden (even in de gaten houden dus). De bedoeling is dat de nieuwe wet per 1 juni ingaat.
5) **TKN: Afwegingskader heropening overige gesloten voorziening**
   a. Dit afwegingskader helpt brancheverenigingen om zelf protocollen uit te werken. Dit geldt voor sectoren die vanuit overheidsredenen gesloten zijn.
6) **TKN: In sitrap en omgevingsanalyse aandacht voor GGZ en advies Halsema. :**
   a. Een enquête onder GGZ-instellingen ter inventarisatie van de ECT (Electro Compulsive Therapy) capaciteit laat zien dat deze in een maand tijd van 55% ten opzichte van normaal is gestegen naar 76% ten opzichte van normaal. De verwachting van instellingen is dat de capaciteit de komende weken verder zal toenemen en dat extra maatregelen niet nodig zijn.
   b. De Tijdelijke Werkgroep Sociale Impact wil voorkomen dat de problemen zich opstapelen bij bestaande en nieuwe kwetsbare groepen. De werkgroep pleit voor maatregelen voor vroegtijdige hulp op het gebied van o.a. werk of behoud van uitkering. De werkgroep wil ook dat kinderen en jongeren uitgenodigd worden om mee te praten over de anderhalvemetersamenleving, en dat alleenstaanden met een beperkt aantal anderen een tijdelijk huishouden kunnen vormen.
7) **TKN: SCP-zicht op samenleving in coronatijd:**
   a. SCP focust zich voornamelijk op de onderwijsgevolgen voor jongeren. Enkele voorbeelden: ongelijkheid groeit tussen jongeren onderling, leerachterstanden nemen toe, kinderen uit gezinnen met een zwakke sociaaleconomische achtergrond hebben het extra lastig, VMBO's hebben het moeilijker dan VWO'ers, hogere schooluitval bij VMBO en MBO.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
Teamcoördinator Kennis, Informatie en Directiefinanciën (KID)
....
Ministerie van VWS
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
....
M 06 - (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl
....
Buiten werktijden mailen mag, maar hoeft niet.
Beantwoord deze mail op een voor jou geschikt moment.

Werkdagen: maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

Actuele informatie over opvoeden en opgroeien in tijden van corona is te vinden op www.nji.nl/coronavirus

287355

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Minister voor MMZS

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
Coördinerend
Beleidsmedewerker
T 070-(10)(2e)
M +31(0)6-(10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
25 mei 2020

Aantal pagina's
2

memo

debatvoorbereiding

Dinsdagochtend 2 juni is er een overleg gepland ter voorbereiding van het verwachte debat over de stand van zaken coronavirus op 4 juni en in de veronderstelling dat u daarvoor weer wordt uitgenodigd. In deze memo enkele voorstellen ter bespreking om uw voorbereiding op het debat verder te stroomlijnen.

- Op dinsdagochtend geeft u in het overleg voor het debat aan voor welke onderwerpen u veel aandacht verwacht in het debat en op basis daarvan doet u de uitvraag voor spreeklijnen en Q&A's.
- Op dinsdagochtend worden de vragen voor de persconferentie uitgevraagd.
- Indien u dat wenst, kunt u op woensdag rond het middaguur een print ontvangen van de dan beschikbare Q&A's voor de persconferentie.
- Aangezien dinsdag/woensdag ochtend prioriteit wordt gegeven aan de brief en persconferentie Q&A's en de inhoud op veel punten nog in beweging is, ontvangt u overige door u gevraagde spreeklijnen en Q&A's woensdagavond.

U heeft aangegeven behoefte te hebben aan een kapstokverhaal (inleiding, aantal hoofdstukken met spreeklijn, specifieke Q&A's). Ons voorstel is dit als volgt voor u te ordenen:

- Inleiding en spreeklijnen
- Q&A's zorgcapaciteit (IC en regulier)
- Q&A's PBM
- Q&A's Sport
- Q&A's varia

- Gaat u ermee akkoord in uw dossier alleen uw eigen onderwerpen te ontvangen en niet die van de minister van VWS?
- Welke algemene stukken wenst u ook in uw dossier?
  - Presentaties technische briefing[1]
  - Overzicht moties en toezeggingen
  - Tijdlijn coronaverloop en parlementair proces
  - Kamerbrieven VWS afgelopen drie weken
  - Stand van zakenbrief VWS van die week (de coronabrief)[1]
  - Meest recente OMT-advies
  - Aanwijzingen

(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)

[1] Deze stukken worden de ochtend van het debat nageleverd omdat ze niet eerder beschikbaar zijn

287356

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Minister voor MMZS

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
Coördinerend
Beleidsmedewerker

T 070-(10)(2e)
M +31(0)6-(10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
25 mei 2020

Aantal pagina's
1

memo

debatvoorbereiding

Dinsdagochtend 2 juni is er een overleg gepland ter voorbereiding van het verwachte debat over de stand van zaken coronavirus op 4 juni en in de veronderstelling dat u daarvoor weer wordt uitgenodigd. In deze memo enkele voorstellen ter bespreking om uw voorbereiding op het debat verder te stroomlijnen.

- Op dinsdagochtend geeft u in het overleg voor het debat aan voor welke onderwerpen u veel aandacht verwacht in het debat en op basis daarvan doet u de uitvraag voor spreeklijnen en Q&A's.
- Op dinsdagochtend in de call worden de vragen voor de persconferentie uitgevraagd.
- Op dinsdagavond ontvangt u een print van de door de DG's akkoord bevonden Q&A's voor de persconferentie (deze zullen tevens worden gebruikt voor het dossier voor het debat).
- Aangezien dinsdag/woensdag ochtend prioriteit wordt gegeven aan de brief en persconferentie Q&A's en de inhoud op veel punten nog in beweging is, ontvangt u overige door u gevraagde spreeklijnen en Q&A's woensdagavond.

- Gaat u ermee akkoord in uw dossier alleen de spreeklijnen en Q&A's voor uw eigen onderwerpen te ontvangen en niet die van de minister van VWS?
- Welke algemene stukken wenst u ook in uw dossier?
    - Presentaties technische briefing[1]
    - Overzicht moties en toezeggingen
    - Tijdlijn coronaverloop en parlementair proces
    - Kamerbrieven VWS afgelopen drie weken
    - Stand van zakenbrief VWS van die week (de coronabrief)[1]
    - Meest recente OMT-advies
    - Aanwijzingen

(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)

---

[1] Deze stukken worden de ochtend van het debat nageleverd omdat ze niet eerder beschikbaar zijn

Sportscholen

Waarom de kapper wel en de sportschool niet?

- We varen op het kompas van de experts in het OMT die aangeven dat een eerdere opening van de sportscholen onverantwoord zou zijn.
- Op basis van dat advies heeft het kabinet de opening van de fitness op 1 september gezet.
- Voor de fitnessbranche is dit zeer teleurstellend dat begrijp ik heel goed.
- Helemaal omdat zij een 1,5 meter protocol hebben liggen en dachten dat hiermee het risico op besmetting voldoende te kunnen beperken.
- De branche denkt nu na over aanvullende maatregelen die sportscholen kunnen nemen om het risico op besmetting te verkleinen.
- Deze ideeën legt het kabinet ter beoordeling voor aan het OMT.
- Op basis van hun advies kunnen we bekijken of eerdere opening mogelijk is.
- Maar dit hangt ook van het totaalplaatje af.

287358

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister voor MMZS

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
Coördinerend
Beleidsmedewerker

T 070-(10)(2e)
M +31(0)6 (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
25 mei 2020

Aantal pagina's
2

memo

debatvoorbereiding

Dinsdagochtend 2 juni is er een overleg gepland ter voorbereiding van het verwachte debat over de stand van zaken coronavirus op 4 juni en in de veronderstelling dat u daarvoor weer wordt uitgenodigd. In deze memo enkele voorstellen ter bespreking om uw voorbereiding op het debat verder te stroomlijnen.

- Op dinsdagochtend geeft u in het overleg voor het debat aan voor welke onderwerpen u veel aandacht verwacht in het debat en op basis daarvan doet u de uitvraag voor spreeklijnen en Q&A's.
- Op dinsdagochtend in de call worden de vragen voor de persconferentie uitgevraagd.
- Indien u dat wenst, kun u op dinsdagavond een print ontvangen van de bij de DG's aangeleverde Q&A's voor de persconferentie (na hun akkoord zullen deze tevens worden gebruikt voor het dossier voor het debat).
- Aangezien dinsdag/woensdag ochtend prioriteit wordt gegeven aan de brief en persconferentie Q&A's en de inhoud op veel punten nog in beweging is, ontvangt u overige door u gevraagde spreeklijnen en Q&A's woensdagavond.

U heeft aangegeven behoefte te hebben aan een kapstokverhaal (inleiding, aantal hoofdstukken met spreeklijn, specifieke Q&A's). Ons voorstel is dit als volgt voor u te ordenen:

- Inleiding en spreeklijnen
- Q&A's zorgcapaciteit (IC en regulier)
- Q&A's PBM
- Q&A's Sport
- Q&A's varia

- Gaat u ermee akkoord in uw dossier alleen uw eigen onderwerpen te ontvangen en niet die van de minister van VWS?
- Welke algemene stukken wenst u ook in uw dossier?
    - Presentaties technische briefing[1]
    - Overzicht moties en toezeggingen
    - Tijdlijn coronaverloop en parlementair proces
    - Kamerbrieven VWS afgelopen drie weken
    - Stand van zakenbrief VWS van die week (de coronabrief)[1]
    - Meest recente OMT-advies

[1] Deze stukken worden de ochtend van het debat nageleverd omdat ze niet eerder beschikbaar zijn

287358

- Aanwijzingen

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

Datum
25 mei 2020

287360

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister voor MMZS

Directoraat Generaal Volksgezondheid
Publieke Gezondheid
Financieel Beleid en Ethiek

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
S.H.M. Litjens
Coördinerend
Beleidsmedewerker

T 070-(10)(2e)
M +31(0)6-11882089
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
25 mei 2020

Aantal pagina's
1

memo

debatvoorbereiding

Dinsdagochtend 2 juni is er een overleg gepland ter voorbereiding van het verwachte debat op 4 juni en in de veronderstelling dat u daarvoor weer wordt uitgenodigd. In deze memo enkele voorstellen ter bespreking om uw voorbereiding op het debat verder te stroomlijnen.

- Op dinsdagochtend geeft u in het overleg voor het debat aan voor welke onderwerpen u veel aandacht verwacht in het debat en op basis daarvan doet u de uitvraag voor spreeklijnen en Q&A's.
- Aangezien nog aan de brief gewerkt wordt, ontvangt u deze spreeklijnen en Q&A's pas woensdagavond.
- Op dinsdagochtend in de call worden de vragen voor de persconferentie uitgevraagd.
- Op dinsdagavond ontvangt u een print van de door de DG's akkoord bevonden Q&A's voor de persconferentie (deze zullen tevens worden gebruikt voor het dossier voor het debat).
- Gaat u ermee akkoord in uw dossier alleen de spreeklijnen en Q&A's voor uw eigen onderwerpen te ontvangen en niet die van de minister van VWS?
- Welke algemene stukken wenst u ook in uw dossier?
  - Presentaties technische briefing
  - Overzicht moties en toezeggingen
  - Tijdlijn coronaverloop en parlementair proces
  - Kamerbrieven VWS afgelopen drie weken
  - Stand van zakenbrief VWS van die week (de coronabrief)
  - Meest recente OMT-advies
  - Aanwijzingen

(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)

Persoonlijk beschermingsmiddelen voor contactberoepen, openbare ruimte en zorg

Bij het stap voor stap versoepelen van de huidige maatregelen, zoals het weer uitoefenen van contactberoepen, kunnen maatregelen zoals het strikt houden aan de anderhalve meter afstand in het gedrang komen. Dit kan leiden tot mogelijke opleving van het aantal besmetting. Daarom heeft het kabinet het OMT gevraagd om advies over 1) de rol van besmetting bij de uitoefening van contactberoepen (niet zijnde (para)medische contactberoepen) en de noodzaak van het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen daarbij, en 2) het eventuele gebruik van mondkapjes in de openbare ruimte.

Contactberoepen
Ten aanzien van de vraag over de contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld voor veilig werken bij contactberoepen. In dit afwegingskader zijn maatregelen gedefinieerd om het risico op overdracht van het virus tussen de beroepsbeoefenaar en de cliënt te minimaliseren. Beroepsgroepen kunnen op basis van dit afwegingskader sectorspecifieke protocollen uitwerken. Essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen, triage toegepast wordt. Triage houdt in dat voor aanvang van de dienstverlening vastgesteld wordt dat de cliënt geen klachten heeft die passen bij COVID-19 en dat de cliënt geen huisgenoot heeft met koorts en/of benauwdheidsklachten. Ook de beroepsbeoefenaar zelf dient bij klachten thuis te blijven en kan niet werken indien een huisgenoot koorts en/of benauwdheidsklachten heeft. Hiermee is het geconfronteerd worden met een symptomatische COVID-19-infectie uitgesloten. En met deze maatregelen zijn persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals gebruik van mondneusmaskers en handschoenen, niet noodzakelijk in het kader van de COVID-19-uitbraak.

Daarnaast geldt nog de overweging van overdracht door een zogenaamde presymptomatische COVID-19-infectie, iets dat volgens het OMT maar zeer beperkt bijdraagt aan de overdracht van het virus in de uitbraak in Nederland. Hoewel er geen breed gedragen wetenschappelijke consensus is dat het dragen van een niet-medisch mondneusmasker bescherming biedt tegen het oplopen of doorgeven van een presymptomatische COVID-19-infectie, laat het OMT ruimte om – gezien enkele onderzoeken die enige werkzaamheid tonen bij juist gebruik – beroepsbeoefenaars ervoor te laten kiezen om een niet-medisch mondneusmasker te gebruiken. Dit kan dan worden gezien als het sluitstuk van (arbeids)hygiënische maatregelen om overdracht van COVID-19 te voorkómen in een situatie waarin de anderhalve meter afstand niet aangehouden kan worden.

Bij de inrichting van de werkprocessen dient met anderhalve meter afstand rekening gehouden te worden tussen de cliënten. Dit betekent ook dat de afspraken zo gepland dienen te worden dat er geen drukte ontstaat door de wachtende cliënten. Het OMT schat in dat het risico op belasting van de zorg als gevolg van het opheffen van het verbod op het uitoefenen van contactberoepen, beheersbaar is, mits de maatregelen zoals opgenomen in het afwegingskader opgevolgd worden.

Op basis van het OMT-advies heeft het kabinet besloten dat de uitoefening van contactberoepen die eerder verboden waren, weer van start kunnen gaan op basis van het door hen opgestelde protocol zonder dat zij gebruik maken van mondneusbescherming. Beroepsgroepen met protocollen die nog wel uitgaan van het gebruik van mondneusbescherming die voor de zorg bedoeld is, dienen hun protocollen hierop aan te passen. Essentieel in het opstarten van de contactberoepen zijn strikte hygiënemaatregelen en goede triage. Niet-medische mondneusmaskers (en/of face shields) zijn niet noodzakelijk maar kunnen desgewenst worden toegepast.

Gebruik mondkapjes in de openbare ruimte en het openbaar vervoer
Ook is het OMT om advies gevraagd over de rol van mondkapjes in de openbare ruimte, in het bijzonder in situaties waarin anderhalve meter afstand houden moeilijk is. Het OMT geeft onder meer het volgende aan:

- Niet-medische mondneusmaskers beschermen de drager ervan in zeer beperkte mate tegen besmetting. Dit is sterk afhankelijk van de kwaliteit van de materialen, de mate waarin het masker aansluit op het gezicht en het draagcomfort.
- Plastic kappen (zogenaamde face-shields) zijn mogelijk een praktisch alternatief voor mondneusmaskers die de drager van de kap beschermen bij direct face-to-face-contact met mogelijke COVID-19-patiënten.
- Door de beperkte bescherming is mondneusbescherming niet geschikt als vervanging van social distancing, hygiënemaatregelen en (thuis)isolatie van patiënten met klachten.

287363

Het OMT stelt dat het bij gebrek aan eenduidig bewijs van het effect van niet-medische mondbescherming geen richtinggevend positief advies kan uitbrengen dat voldoende inhoudelijk onderbouwd is. Het OMT stelt daarom dat het gebruik van niet-medische mondneusmaskers in de publieke ruimte overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en het niet mogelijk is om triage toe te passen.

Bij het stapsgewijs ruimte geven aan het openbare leven en de economie, zal het in de openbare ruimte en specifiek in het openbaar vervoer, weer drukker worden. In het openbaar vervoer kan de afstand van anderhalve meter niet overal worden gehandhaafd en kan er sprake zijn van vele contacten op een zeer korte afstand en mogelijk gedurende langere tijd. Ook is daar niet de mogelijkheid om triage op klachten toe te passen. De instroom van klanten kan hier niet gereguleerd worden.

Het kabinet besluit daarom dat reizigers vanaf 1 juni a.s. in het openbaar vervoer verplicht gebruik dienen te maken van niet-medische mondneusbescherming. Het moet mondneusbescherming betreffen die niet in de zorg wordt gebruikt. De verplichting zal worden geregeld via een aanwijzing op basis van artikel 7 van de Wet publieke gezondheid en een nadere uitwerking in de noodverordening.

Voor de beschikbaarheid van niet-medische mondneusbescherming in het openbaar vervoer staan de ministers van EZK en de minister voor MZS in contact VNO-NCW en MKB Nederland. Zij hebben met partijen een plan opgevat om te komen tot productie en distributie van niet-medische mondneusmaskers. Zo spoedig mogelijk deel ik met deze partijen de kwaliteitsrichtlijn waaraan deze maskers moeten voldoen. Dit zal overeenkomen met de richtlijnen zoals vermeld op de website van het Europese Centrum voor Ziektepreventie en -bestrijding (ECDC). Betrokken partijen kijken daarbij ook naar de mogelijkheden van publiek-private samenwerking en gezamenlijke inkoop. Met het organiseren van de beschikbaarheid van voldoende niet-medische mondneusbescherming beoogt het kabinet twee zaken. Allereerst wil het kabinet voorkomen dat mondneusmaskers die nodig zijn voor de zorg gebruikt gaan worden in het openbaar vervoer. Daarnaast vindt het kabinet de beschikbaarheid voor reizigers die aangewezen zijn op het openbaar vervoer en de medewerkers in het openbaar vervoer van belang. Reizigers in het openbaar vervoer zijn zelf verantwoordelijk voor (het verkrijgen van) mond-neusbescherming.

Ik heb gedragswetenschappers van het RIVM gevraagd welk effect het gebruik van mondneusbescherming heeft op de naleving van de voorgestelde maatregelen. Zij stellen dat het effect op de naleving sterk afhankelijk zal zijn van de uitleg van de maatregel en de mate waarin het besluit over de inzet van mondneusbescherming in het verlengde ligt van maatregelen in omringende landen. Ik stel vast dat ook de landen om ons heen, waaronder België, Duitsland en Frankrijk, het gebruik van mondneusbescherming in het openbaar vervoer verplichten. Ook in deze landen geldt dat dit niet gaat om beschermingsmiddelen die voor de zorg bedoeld zijn. Daarmee is de maatregel zoals deze per 1 juni in Nederland zal gelden, in lijn met het beleid in die landen. Ik zal het advies van gedragswetenschappers om nauw gezet te monitoren wat het effect van de maatregel is, opvolgen. Deze monitoring richt zich op de vraag of de protocollen worden uitgevoerd, of de toegepaste mondneusbescherming inderdaad niet eigenlijk bedoeld is voor de zorg en wat het effect is op de algemene maatregelen, in het bijzonder op het houden van anderhalve meter afstand. Indien de vraag naar medische mondneusbescherming met dit besluit toch ook vergroot, zal worden nagedacht over een terugvaloptie, zoals een verbod op medische mondneusbescherming buiten de zorg.

Duidelijke voorlichting over de maatregelen aan burgers is van belang. Daarom zal binnenkort op de website van de Rijksoverheid (LINK) nadere informatie en een instructie vinden over het gebruik en de beschikbaarheid van mondneusbescherming in het openbaar vervoer.

Persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg
De beschikbaarheid en het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in de gezondheidszorg heeft ook nog steeds mijn volle aandacht. Bij goede zorgverlening moet voorop staan dat zorgverleners goed beschermd zijn. Ook in de zorg geldt daarom altijd dat niet noodzakelijk contact met COVID-19-patiënten of contact met patiënten die bepaalde symptomen hebben die op COVID-19 kunnen wijzen, moet worden voorkomen. Essentieel is dus ook hier dat naast strikte hygiënemaatregelen en triage worden toegepast. In die gevallen waar zorg moet worden verleend aan COVID-19-(verdachte)-patiënten, heeft het RIVM richtlijnen vastgesteld voor het gepaste gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Daarnaast geldt dat in de reguliere zorg soms persoonlijke beschermingsmiddelen worden benut. Met name voor de planbare urgente zorg is het van belang dat zij over voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen kunnen beschikken om zichzelf en patiënten te beschermen.

Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen voorziet in de extra behoefte aan persoonlijke beschermingsmiddelen van zorgaanbieders die is ontstaan als gevolg van het Coronavirus en vervult een rol daar waar de reguliere toeleveringen onvoldoende zijn. Dit doet zij zonder winstoogmerk en voor de Nederlandse gezondheidszorg. Praktisch betekent dit dat zorgpartijen persoonlijke beschermingsmiddelen direct kunnen inkopen bij het LCH voor zorg die noodzakelijk is in gevolge de richtlijnen van het RIVM, de NZa urgentielijst of voor een "COVID-noodpakket". Mocht het LCH over onvoldoende beschermingsmiddelen beschikken om in de vraag te kunnen voorzien vindt verdeling over de zorgaanbieders plaats in samenwerking met de ROAZ en GGD GHOR conform het verdeelmodel.

Het LCH heeft inmiddels grote hoeveelheden beschermingsmiddelen besteld die wekelijks binnenkomen. Op dit moment kan het LCH in de vraag naar beschermingsmiddelen voorzien. Alleen de schorten en isolatiejassen zijn beperkt beschikbaar. Ondanks omvangrijke bestellingen blijft de aanvoer van beschermingsmiddelen echter onzeker. De drukte in Azië met vraag vanuit de hele wereld blijft groot, de vraag naar sommige grondstoffen die nodig zijn om medische beschermingsmiddelen te produceren is hoog en het naar Nederland krijgen van beschermingsmiddelen is en blijft een grote logistieke uitdaging. Het LCH werkt daarom aan diversificatie van aanvoerroutes door ook verscheping van beschermingsmiddelen naar Nederland te verkennen. Het kabinet werkt tenslotte verder met marktpartijen aan Nederlandse productie van beschermingsmiddelen.

Persoonlijke Beschermingsmiddelen voor zorgverleners van kwetsbare mensen thuis
Uitgangspunt in zorg en ondersteuning is dat kwetsbare mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen, tenzij het echt niet anders kan. Mantelzorgers, PGB gefinancierde zorgverleners, maar ook vrijwilligers in de palliatieve zorg leveren een zeer belangrijke bijdrage om dit mogelijk te maken. Het kan voorkomen dat mensen die thuis verzorgd worden, besmet zijn met COVID-19. Medewerkers en zzp'ers die vanuit, of in opdracht van een zorginstelling verzorging leveren aan deze mensen ontvingen al persoonlijke beschermingsmiddelen via de werkgevers. Om ook mantelzorgers, vrijwilligers in de palliatieve zorg of PGB gefinancierde (in)formele zorgverleners te voorzien van persoonlijke beschermingsmiddelen wordt op korte termijn een richtlijn gepubliceerd. De richtlijn zal de kaders beschrijven voor het verstrekken van de persoonlijke beschermingsmiddelen aan deze zorgverleners zodat ze ook worden voorzien wanneer sprake is van een cliënt met (symptomen van) COVID-19 én ze noodzakelijke verpleging en verzorging kunnen verlenen. Nadat de cliënt is getest ontvangt deze thuis persoonlijke beschermingsmiddelen voor zijn of haar zorgverlener in de tijd dat de testuitslag nog niet bekend is. Zodra de cliënt positief getest blijkt, volgen meer persoonlijke beschermingsmiddelen zodat zorgverleners goed beschermd zijn om de zorg te continueren. Ik ben met alle betrokken partijen druk bezig om de logistiek zo spoedig mogelijk in te regelen, zodat voor deze groep medewerkers volgende week de uitlevering van persoonlijke beschermingsmiddelen kan starten.

Voor huishoudelijke hulpen, medewerkers in de dagbesteding, -opvang en begeleiding, medewerkers in VO, MO en BW geldt de algemene veiligheidsadviezen, waaronder het advies om anderhalve meter afstand te bewaren. In de praktijk zullen zich situaties voordoen waarbij cliënten klachten hebben die lijken op COVID-19, maar de cliënt nog niet is getest en hulp aan de cliënt nodig is binnen de anderhalve meter (toiletbezoek, helpen bij maaltijd etc.). Voor die situatie ga ik deze groepen voorzien van 'noodpakket' persoonlijke beschermingsmiddelen om toch de noodzakelijke ondersteuning te kunnen bieden op die dag. Ook dit wordt op korte termijn uitgewerkt.

287364

Dubbel

Oordeel kamer

- De motie vraagt om niet alleen te sturen op IC capaciteit, maar ook op het aantal besmettingen met een bijbehorend testbeleid
- Wij hebben daar ook voor gekozen, naast de IC capaciteit en het beschermen van kwetsbaren is ook het inzicht in de ontwikkeling/verspreiding van het virus een van de drie ankerpunten
- Zoals ik heb aangegeven zorg ik dat in juni iedere volwassene met klachten getest wordt, waarop intensieve contactopsporing (tracering) volgt
- Dit geldt nu al voor grote groepen, zorgmedewerkers, patiënten en beroepsgroepen die met de versoepelingen te maken hebben
- Ik zie de motie dan ook als ondersteuning van het gevoerde beleid en laat het oordeel aan uw kamer

Motie ruimte voor professionele inschatting gebruik pbm
De Kamer,

Gehoord de beraadslaging,

Constaterende dat er een groot aantal zorgverleners onvoldoende aanspraak kan maken op beschermende middelen, terwijl ze tijdens hun werkzaamheden wel in nauw contact komen met vaak kwetsbare mensen;

Constaterende dat er nog steeds sprake is van onduidelijkheid over het risico op bemsetting bij pre-sympomatische klachten;

Constaterende dat medewerkers in de zorg regelmatig met angst naar hun werk gaan om het coronavirus op te lopen of over te dragen, maar dat ook mensen die zorg ontvangen regelmatig angstig zijn om via hun zorgverlener met het coronavirus besmet te worden;

Roept het kabinet op om meer ruimte te geven aan de professionele inschatting van zorgverleners om gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen, inzichtelijk te maken wat dit betekent voor de vraag en het aanbod, het verdeelmodel hierop aan te passen en duidelijkheid te bieden wanneer en hoe zorgmedewerkers daar gebruik van kunnen maken en de Kamer hierover binnen twee weken te informeren.

En gaat over tot de orde van de dag.

287366

Motie TTI

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat een virus exponentieel groeit en het van belang is om elk geval op te sporen en bron- en contactonderzoek uit te voeren;

constaterende dat vroegtijdige versoepelingen waarbij niet aan de voorwaarden van het OMT wordt voldaan ervoor kunnen zorgen dat het virus nog langer in Nederland blijft;

overwegende dat in deze fase van de Corona crisis ook gestuurd moet worden op het aantal besmettingen met een bijbehorend testbeleid en niet alleen op ic-capaciteit;

verzoekt het kabinet daarom als onderdeel van de gekozen strategie massaal te testen, te traceren en te isoleren
en waar nodig bij lokale uitbraken specifieke maatregelen te hanteren om het virus te bestrijden;

en gaat over tot de orde van de dag.

(10)(2e)

(10)(2e)

Notulen stuurgroep BCO, 1 mei 2020

Deelnemers
(10)(2e), voorzitter, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Terugkoppeling div. overleggen
(10)(2e) geeft een terugkoppeling van overleg met het ministerie van VWS inzake de programmastructuur die bij VWS wordt ingericht. Onze structuur moet daar op aanhaken.
In de programmastructuur van het ministerie wordt een taskforce IZB ingericht, mogelijk onder vz. van (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e). Samenstelling en taak worden nog bekend. Daarnaast zijn er taskforces t.a.v. gedragsaspecten bij digitale oplossingen voor BCO en juridische kaders waar vragen kunnen worden weggezet. Daarboven komt er een begeleidingscommissie. Het plaatje van hoe de twee structuren (VWS en GGD GHOR) op elkaar aanhaken, wordt afgestemd met VWS en komt vervolgens naar de stuurgroep toe.

De programma's van eisen die onder de vlag van de implementatiecommissie zijn gemaakt, worden in werkgroep 2 : Digitale Verbetermogelijkheden Contactopsporing verfijnd; daar sluit vervolgens een implementatie en realisatiefase op aan, waaronder door bouwteams van VWS en het programma IZB 3.0.

Aandachtspunten uit de discussie:

- Graag aandacht in de structuur voor het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM. Het CIB mist in het geheel van de driehoek VWS, RIVM en GGD. Het CIb kan als eigenaar van een toepassing, bv. voor surveillance, een rol hebben.
- Deze organisatiestructuur gaat niet over de inhoud; dit gaat over digitalisering en opschaling van het proces. De inhoudelijke expertise komt uit het LCI, de GGD en OMT. Belangrijk om taakverwarring te voorkomen.
- Taskforce IZB wordt door VWS gepositioneerd als danktank.

Prognoses BCO
(10)(2e) geeft een toelichting op het prognosemodel. Zie de bijgevoegde rapportage.

Aandachtspunten uit de discussie:
Er zullen meer infecties worden aangetoond bij relatief gezonde mensen. Daar komt veel BCO achter weg, maar heeft minder impact op de IC capaciteit.
Er is behoefte aan een groeiscenario. Op 11 mei hoeft er niet volledig opgeschaald te zijn; de maximale opschaling moet wel in kaart zijn gebracht.
Dat betekent wel dat vanaf 11 mei (als de scholen weer open zijn), er voldoende opgeschaald moet zijn voor BCO, iig voor de te testen leraren.

Afspraak:
(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) tot afspraken over de te hanteren reken methode en komen maandag einde middag met een groeiscenario voor het BCO zodat (10)(2e) aan de slag kan.

Plan van aanpak McKinsey & werkgroep
Het is niet realistisch om het opschalingsplan al 6 mei gereed te hebben. Wel moet worden bekeken wat 6 mei kan worden opgeleverd: dat zijn de prognoses en de regionale opschalingsplannen. Het plan zou dan 11 mei gereed moeten zijn.

Afspraken:
Commentaar kan per mail naar (10)(2e) Samenstelling werkgroep is akkoord.

Er wordt een uitvraag gedaan voor de regionale opschalingsplannen.
(10)(2e) wordt aan het werk gezet.

Opdracht werkgroep 2
Voor werkgroep 2 is er een programmaleider, (10)(2e) De opdracht komt op een later moment in de stuurgroep aan de orde.

Vervolgafspraak op 5 mei; via Webbex ipv teams.

Actielijst

Onderwerp	Actiehouder	Status
1. Prognose RIVM	(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) met een ingroeiscenario maandag einde middag	
2. Juridische toets uitvoering BCO en AVG	(10)(2e) legt de vraag voor aan (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) legt de AVG vraag voor aan de juriste van GGD Fryslan	Antwoord RIVM gedeeld
3. Capaciteitsplan testen	(10)(2e) stemt af met (10)(2e) (10)(2e)	
4. Plaat rollen/taken	(10)(2e)	
5. Volgend overleg inplannen	(10)(2e)	

ONDERBOUWING ROUTEKAART **Mensen met een beperking thuis**

1. **Doelgroepen**

- De groep mensen met een beperking thuis betreft zowel mensen met, als zonder verhoogde gezondheidsrisico's (volgens de richtlijn van het RIVM). Beperkende maatregelen vanuit aanbieders zijn echter vaak zonder onderscheid opgelegd.
- We willen een aantal adviesvragen aan het RIVM stellen over de kwetsbaarheid van de doelgroep om discussies daarover te kunnen beslechten. In het kort gaat het daarbij om de volgende vragen:
    - Lopen kwetsbare mensen met een beperking een verhoogd risico op besmetting, als zij dagelijks zorg en ondersteuning binnen 1,5 meter moeten krijgen en, zo ja, moet dit leiden tot aanvullende adviezen over preventieve maatregelen? Dat geldt zowel voor zorg thuis, als voor dagbesteding.
    - Mensen met spierzwakte, bijvoorbeeld door langdurige rolstoelgebondenheid, staan niet op de lijst met kwetsbare groepen. Dienen zij daar niet toch op te komen, omdat zij in het geval van een ernstig beloop niet in aanmerking komen voor ic-opname, omdat zij dat lichamelijk niet aankunnen?

2. **Welke beperking geldt?**
    1. Advies RIVM voor de kwetsbare groep om geen bezoek thuis te ontvangen
    2. Bij dagbesteding is de beperking dat dat niet in grote groepen mag plaatsvinden. In de praktijk is veel dagbesteding door aanbieders zelf stopgezet of afgeschaald.
    3. RIVM-richtlijnen gelden: groepsvervoer in veel gevallen niet mogelijk. Bovenregionaal Valys-vervoer is stilgelegd, behalve voor prioritaire ritten.

3. **Wie heeft welke acties ondernomen?**

Ad 1. Bezoek thuis

- Per 6 mei is het advies verruimd met een uitzondering voor zelfstandig wonende ouderen die gering zelfredzaam zijn en een beperkt netwerk hebben. Bij hen mogen 1 of 2 vaste personen op bezoek met inachtneming van de algemene gezondheidsadviezen. Deze verruiming is niet geëxpliciteerd voor andere kwetsbare groepen waaronder mensen met een beperking
- Vanuit VWS is op 8 mei advies gevraagd aan het OMT over verruiming van het advies over bezoek. Deze adviesvraag is alleen gericht op ouderen.
- Voornemen is om het RIVM advies te vragen over een handreiking aan kwetsbare mensen voor bezoek thuis. Mensen zijn nog steeds angstig om bezoek toe te laten en hebben behoefte aan concreet advies over hoe dat bezoek ingevuld kan worden, bijvoorbeeld als het gaat om toiletbezoek of extra schoonmaak achteraf. Het voorstel om dit advies te vragen is aan PG voorgelegd.

Ad 2. Dagbesteding

- VWS: Richtlijn dagbesteding kwetsbare mensen ook geldig voor mensen met een beperking (16/04)
- Ieder(in) en VGN werkten aan eigen richtlijn dagbesteding, maar daarover is nog geen overeenstemming bereikt

Ad 3. Vervoer

- Door VWS, ZN en KNV zijn twee protocollen opgesteld voor veilig en verantwoord taxivervoer voor mensen met en zonder COVID-achtige klachten.

4. **Welke verruiming en wanneer?**

Ad 1. Bezoek thuis

- De verruiming voor ouderen wordt gelijk getrokken voor andere kwetsbare groepen van mensen met een beperking. De mate van kwetsbaarheid voor ernstig beloop is voor beide groepen immers hetzelfde. Ook voor mensen met een beperking met beperkte zelfredzaamheid is bezoek van groot belang.

- De uitkomst van het nieuwe OMT-advies kan leiden tot verdere verruiming bezoek aan huis.
- Voornemen is om aan het RIVM een vraag te stellen over de noodzaak om de lijst met kwetsbare groepen uit te breiden met mensen met een contra-indicatie voor IC-opname, bijvoorbeeld in verband met spierzwakte door rolstoelgebondenheid.

Ad 2. Dagbesteding

- Voorstel vanuit VWS is om de dagbesteding vanaf 1 juni weer te starten voor verschillende groepen, namelijk:
  - Mensen die geen of een beperkt risico hebben op een ernstig verloop bij coronabesmetting.
    → Bij deze groep is geen noodzaak tot extra voorzichtigheid.
  - Mensen met verhoogd gezondheidsrisico maar voor wie in achtneming van de 1.5 meter afstand houden mogelijk is.
    → Bij deze groep is dagbesteding in te vullen in lijn met de algemene maatregelen van het RIVM.
  - Mensen die bij familie thuis wonen om zo de naasten te kunnen ontzorgen en de mensen zelf weer structuur te kunnen bieden.
  - Mensen die begeleid zelfstandig wonen en die geen 24 uurs begeleiding hebben die voor invulling van de dag kan zorgen. Dagbesteding biedt hen weer structuur, hetgeen leidt tot afname van spanningen.
    → Bij deze twee groepen is de herstart het meest urgent in verband met mogelijke overbelasting van naasten.
- Voorstel vanuit VWS is om voor andere kwetsbare groepen de dagbesteding per 15 juni weer te starten.
  In de twee weken extra hebben aanbieders de mogelijkheid te onderzoeken hoe de dagbesteding voor deze groep veilig en verantwoord kan worden vormgegeven. Aan het RIVM wordt advies gevraagd over nut en noodzaak van aanvullende preventieve maatregelen.

Ad 3. Vervoer

- Per 1 juni vervoer per taxi weer opgestart met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. Het opgestelde protocol zal naar aanleiding hiervan worden aangepast.
- Het dragen van een niet-medisch mondkapje is een wens van de vervoerders. Onderbouwing daarbij is dat dit in lijn is met de verplichting in het OV. Ook bij doelgroepenvervoer kan geen 1,5 meter afstand worden gehouden. Niet tussen passagier en chauffeur, maar ook niet tussen passagiers onderling. Als de 1,5 meter strikt zou moeten worden aangehouden, dan is de capaciteit voor het vervoer ontoereikend om het noodzakelijke vervoer weer te kunnen opstarten.

- Per 1 juni herstarten bovenregionaal Valysvervoer met verplicht dragen van niet-medische mondkapje voor chauffeur en passagiers. De gesprekken hierover zijn in voorbereiding.

Opdracht Kwaliteit van Wetgeving

Op 23 maart kondigde premier Rutte vergaande maatregelen aan die bijeenkomsten en samenscholing tot 1 juni 2020 beperken om zo de verspreiding van het coronavirus in te dammen. Zulke maatregelen grijpen diep in, in het leven van mensen in een vrije samenleving als de onze.

De vraag is dan ook gerechtvaardigd of je dat zomaar kunt doen. Het antwoord daarop is, zoals we tijdens de cursus ook al bespraken, kort en goed 'ja'. Er bestaat inderdaad een bevoegdheid om zo op te treden. De ministers uit het kabinet gebruiken daarvoor de structuur van de *Wet op de veiligheidsregio's* en de *Wet publieke gezondheid* om centraal regie te nemen in geval van de bestrijding van epidemieën. De techniek is dat de centrale overheid burgemeesters kan opdragen van hun bevoegdheden gebruik te maken.

Bij het samenscholings- en bijeenkomstenverbod draagt de Minister van V&J (de centrale overheid) burgemeesters op gebruik te maken van hun bevoegdheid toezicht te houden op 'openbare bijeenkomsten en vermakelijkheden' en tot het maken van noodverordeningen. 'Den Haag' neemt tijdelijk de bevoegdheden van de burgemeesters over als het ware – of – zo kan je het ook zeggen, de burgemeesters worden uitvoerders van het Haagse noodbeleid.

Kan je dat zomaar doen, de bevoegdheden van de burgemeester overnemen? Ja, ook dat kan zeker. De Wet op de veiligheidsregio's en de Wet publieke gezondheid (allebei van vrij recente datum) geven de bevoegdheden voor dit soort tijdelijke noodmaatregelen. Het recht van vrijheid van vereniging, vergadering en betoging (artikelen 8 en 9 van de Grondwet, artikel 12 Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, artikel 11 Europese Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens – EVRM) kan worden beperkt in dit soort gevallen, als dat netjes via een wet gebeurt (zoals hier) en bijvoorbeeld noodzakelijk is in het belang van de openbare orde en de volksgezondheid.

De opdracht behelst het volgende:
Onder de structuur van de Wet op de publieke gezondheid en de Wet op de veiligheidsregio's kunnen aan de voorzitters van de (25) veiligheidsregio's bevelen worden gegeven gebruik te maken van noodbevoegdheden, die door de regiovoorzitters weer kunnen worden doorgezet naar de burgemeesters. De bevelen die nu worden gebruikt gaan gepaard met model(noodverordeningen). Dat is zeker verstandig opdat er een zekere uniformiteit ontstaat in de verschillende regio's. En er kan bliksemsnel en centraal worden opgetreden. Nodig om alert en adequaat op uitbraken te kunnen reageren. Het probleem bij deze vorm van noodbestuur via model noodverordeningen is wel dat democratische controle, zelfs achteraf ontbreekt. Waar in 'normale' gevallen van gemeentelijke noodverordening (het mechanisme waarvan nu gebruik wordt gemaakt) de gemeenteraad de maatregelen dient te bekrachtigen (artikel 176 Gemeentewet), geldt die voorwaarde niet in het geval van de coronanoodverordeningen. Ook de Tweede Kamer, noch enige andere volksvertegenwoordiging, kijkt niet mee naar de modelnoodverordeningen die de ministers uitzetten via de veiligheidsregio's.

Aan u de vraag om in een notitie van maximaal 3 A4 (1500 woorden) kort in te gaan op de

volgende problematiek: *is het wenselijk dan wel noodzakelijk enigerlei vorm van invloed van de volksvertegenwoordiging te hebben op de modelnoodverordeningen die worden ingezet bij de bestrijding van het coronavirus*?

In uw notitie geeft u antwoord op de volgende vragen:
a) Is het wenselijk dan wel noodzakelijk dat volksvertegenwoordigingen invloed hebben op de bedoelde noodverordeningen?
b) Wat zijn de voor- en nadelen van wel of geen invloed van volksvertegenwoordigingen op noodverordeningen?
c) Hoe zou een vorm van controle van een volksvertegenwoordiging op modelnoodverordeningen eruit kunnen zien? (Beantwoord deze vraag ook als u controle van volksvertegenwoordigingen op modelnoodverordeningen niet nodig vindt). Bespreek in dat verband ook de procedure en de tijd die daarmee gemoeid zou kunnen zijn.

Beantwoord de vragen in een lopend betoog en op een manier die een bewindspersoon in staat stelt binnen een minuut de hoofdlijn van de beantwoording tot zich te nemen. Gebruik daarvoor de aanhef: 'Samengevat adviseer ik U:'. En let erop dat de samenvatting in zichzelf kan overtuigen.

Notitie aan minister over modelnoodverordeningen

Samengevat adviseer ik u om meer ruimte te bieden aan invloed van volksvertegenwoordigingen op noodverordeningen die worden ingezet bij de bestrijding van het coronavirus. ....

Ik licht mijn advies in de volgende paragrafen verder toe. Ik ga eerst in op de achtergrond en de grondslag van de noodverordeningen. Vervolgens toon ik aan dat het noodzakelijk is om volksvertegenwoordigers meer te betrekken bij de inhoud van de noodverordeningen. Ik doe dit aan de hand van voor- en nadelen van het geven van invloed aan volksvertegenwoordigers, waaruit blijkt dat de voordelen van groter belang moeten worden geacht dan de nadelen. Tot slot ga

1. Achtergrond en grondslag noodverordeningen

De noodverordeningen waarover we spreken, zijn verordeningen van de veiligheidsregio's. Deze verordeningen vinden hun grondslag in artikel 176 van de gemeentewet en artikel 39 van de Wet veiligheidsregio's.

Uitgangspunt is dat de burgemeester belast is met de handhaving van de openbare orde. De artikelen 172 tot met 177 van de Gemeentewet kennen de burgemeester bevoegdheden toe, waaronder het geven van algemeen verbindende voorschriften in geval van oproerige beweging, van andere ernstige wanordelijkheden of van rampen, dan wel van ernstige vrees voor het ontstaan daarvan. Deze verordeningen moeten nodig zijn ter handhaving van de openbare orde of ter beperking van gevaar. Daarbij kan van andere dan bij de Grondwet

gestelde voorschriften worden afgeweken.[1] Op grond van het betreffende artikel, moeten de voorschriften door de raad worden bekrachtigd. Gebeurt dat niet, dan vervallen de voorschriften.

Artikels 39 van de Wet veiligheidsregio's bepaalt dat in geval van een ramp of crisis van meer dan plaatselijke betekenis, of van ernstige vrees voor het ontstaan daarvan, de voorzitter van de veiligheidsregio ten behoeve van de rampenbestrijding en crisisbeheersing in de betrokken gemeenten bij uitsluiting bevoegd is om toepassing te geven aan onder andere de bevoegdheden van de burgemeester op grond van artikelen 172 en 177 van de gemeentewet. De regels voor bekrachtiging door de gemeenteraad vormen hierop een uitzondering: die zijn niet van toepassing.

In de Wet op de publieke gezondheid wordt onderscheid gemaakt in groep ziekten. De groepen worden aangeduid als groep A, groep B1, groep B2 en groep C. Het coronavirus is aangemerkt als een infectieziekte behorend tot groep A.[2] Hierdoor zijn alle bestrijdingsbevoegdheden uit de wet op dit virus van toepassing. (hoofstuk V). Onder andere is hierdoor de Minister voor Medische Zorg met het aanmerken van deze infectieziekte als behorende tot groep A, verantwoordelijk voor de leiding van de bestrijding van deze ziekte. Op grond van artikel 7 van de Wet publieke gezondheid, kan de Minister aan de veiligheidsregio's opdragen hoe de bestrijding ter hand moet worden genomen, het toepassen van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V.

In de bestrijding van het coronavirus, heeft de Minister van VWS verschillende aanwijzingen gegeven aan de voorzitters van de 25 veiligheidsregio's in Nederland.[3] Hierin worden de veiligheidsregio's verplicht tot het nemen van bepaalde maatregelen.

Sinds 13 maart 2020, is in verschillende veiligheidsregio's een 'noodverordening coronavirus' van kracht. Aanleiding hiervoor zijn de coronamaatregelen die zijn afgekondigd door de premier en de minister voor medische zorg.

De Wet op de veiligheidsregio's en de Wet publieke gezondheid (allebei van vrij recente datum) geven de bevoegdheden voor dit soort tijdelijke noodmaatregelen. Het recht van vrijheid van vereniging, vergadering en betoging (artikelen 8 en 9 van de Grondwet, artikel 12 Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, artikel 11 Europese Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens – EVRM) kan worden beperkt in dit soort gevallen, als dat netjes via een wet gebeurt (zoals hier) en bijvoorbeeld

[1] Artikel 175 en 176 gemeentewet
[2] (Stcrt 2020, nr 6800 > regeling) en https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35401-2.html > wet.
[3] https://www.vnog.nl/coronavirus/208-ministeriele-aanwijzingen-vws

noodzakelijk is in het belang van de openbare orde en de volksgezondheid

2 noodzakelijkheid

3 wenselijkheid

Democratisch tekort? De minister blijft toch aanspreekbaar door middel van het vertrouwensbeginsel. ? Dat is waar, maar die controle gaat 'hoog over'.

bovenstaande bevoegdheden zijn bedoeld voor korte perioden.

https://www.wijnenstael.nl/publicaties/6422

De burgemeester is op grond van de Gemeentewet bevoegd om een noodverordening vast stellen voor een gemeente. Indien er sprake is van gemeente overschrijdende problematiek gaan diverse bevoegdheden, waaronder de noodbevoegdheden van de burgemeester, over op de voorzitter van de Veiligheidsregio (dit is altijd een burgemeester). In diverse Veiligheidsregio's is sinds 13 maart 2020 een "noodverordening coronavirus" van kracht en aangepast in verband met de verlenging van de coronamaatregelen tot en met 19 mei 2020.

In de noodverordening kunnen verboden worden opgenomen met het oog op de handhaving van de openbare orde of ter beperking van gevaar. Zo kan de burgemeester een gebiedsverbod opleggen inhoudende dat mensen de straat niet op mogen of dat iedereen binnen een dergelijk gebied de aanwijzingen van de hulpdiensten dient op te volgen. Het verbod op het houden van evenementen, zoals dat vorige week is ingesteld door burgemeesters in verschillende gemeenten, is ook vervat in een noodverordening. Burgemeesters kunnen de noodverordeningen die al zijn vastgesteld de komende periode uitbreiden.

Tegen een dergelijke noodverordening staat voor burgers geen beroep open bij de bestuursrechter. Met andere woorden, men dient zich per direct aan de noodverordening te houden en men kan hier in rechte (bij de bestuursrechter) niet tegen opkomen.

Opdracht Kwaliteit van Wetgeving (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

https://www.binnenlandsbestuur.nl/bestuur-en-organisatie/opinie/ingezonden/democratisch-tekort-noodverordeningen-corona.12802128.lynkx

https://www.veiligheidsberaad.nl/2020/03/17/landelijke-model-noodverordening-voor-de-veiligheidsregios/

https://www.trouw.nl/binnenland/noodverordening-blijkt-illegaal-en-moet-worden-aangepast~be66a1da/?referer=https%3A%2F%2Fwww.google.nl%2Furl%3Fsa%3Dt%26rct%3Dj%26q%3D%26esrc%3Ds%26source%3Dweb%26cd%3D1%26ved%3D2ahUKEwjC3_qjrYPpAhXB-aQKHUY2CJUQFjAAegQIBRAB%26url%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.trouw.nl%252Fbinnenland%252Fnoodverordening-blijkt-illegaal-en-moet-worden-aangepast%7Ebe66a1da%252F%26usg%3DAOvVaw1rg-Q3HMqstMr3p5_zqHU6

Nu de acute coronacrisis overgaat in een langdurige anderhalvemetersamenleving, moet de noodverordening worden herschreven, vinden juristen. Want die is illegaal.

Hans Marijnissen23 april 2020, 15:48

Er was natuurlijk sprake van een crisis en daarin moest ferm worden opgetreden. Maar nu die langer duurt is de vraag: kan Nederland leven met maatregelen die indruisen tegen de Grondwet?

De hoogleraren staatsrecht Jan Brouwer (Rijksuniversiteit Groningen) en Jon Schilder (Vrije Universiteit) merken dat juristen én handhavers zich ongemakkelijk beginnen te voelen bij de in de haast geschreven teksten van de noodverordening. Deze geeft verregaande bevoegdheden aan de 25 voorzitters die de veiligheidsregio's leiden, de zogenaamde 'superburgemeesters'. Zij worden tijdens deze crisis ook niet langer gecontroleerd door de gemeenteraad, maar staan in direct contact met het kabinet. Alleen de Tweede Kamer kijkt nog mee, op afstand.

In de handhaving loopt de politie voortdurend tegen twee tegenstrijdige rechten aan, zegt Brouwer, die specialist is op het gebied van de openbare orde. "Aan de ene kant moeten die

voorzitters de gezondheid en het leven van de bevolking beschermen, aan de andere kant staat in de Grondwet het recht op privacy en het huisrecht beschreven.”

Fundamenteel recht op privacy

Volgens zijn collega Schilder staat in de gemeentewet expliciet dat noodverordeningen in tijden van crisis alle rechten mogen beperken, behálve de rechten die in de Grondwet verankerd zijn.

“Dat is nadrukkelijk benoemd. Wat in deze crisis gebeurt, is dus illegaal”, zegt Schilder. “Met het binnentreden van woningen en bedrijfsgebouwen worden het fundamentele recht op privacy en het huisrecht geschonden. Mocht je willen dat dit wél mogelijk moet zijn, dan moet het parlement de wet aanpassen.”

Er zijn volgens Brouwer uitzonderingen mogelijk, maar die zijn juridisch op het randje. “Bij een beschieting van een woning kan een burgemeester die woning tegenwoordig sluiten, om onschuldige buren te beschermen. Maar er is dan sprake van acuut en direct levensgevaar.”

De duur van de maatregelen

Nu het coronavirus langzaam uitdooft, is de vraag of daar nu nog sprake van is, zegt Brouwer, terwijl de politie en andere handhavers wel gewoon woningen binnentreden. “Dat is niet langer in lijn met het recht.”

Burgemeesters hanteren de noodverordening ook voor zaken die helemaal niets met corona van doen hebben. Burgemeester Peter Snijders van Zwolle verbiedt bijvoorbeeld de betoging van Pegida zaterdag bij een moskee, op grond van die noodverordening. Volgens Snijders geldt de regel dat je niet met meer dan drie personen mag

samenkomen ook voor demonstraties. Volgens Brouwer is dat pertinent onjuist. “Zolang zij anderhalve meter afstand houden, mag er gewoon gedemonstreerd worden.” Hetzelfde geldt voor kerkdiensten in de buitenlucht: het is allemaal juridisch toegestaan – wat iets anders is dan dat je dit moet willen.”

In deze discussie gaat volgens Brouwer de duur van de maatregelen ook steeds meer een rol spelen. Een burgemeester mag in een uitzonderlijk geval bijzondere bevoegdheden gebruiken die voor korte tijd van de wet afwijken. “Maar dan heb je het over de koning die een markt bezoekt, waardoor de algemene rechten even aan de kant moeten. Ook in die gevallen geldt: je mag niet afwijken van de Grondwet. Dat gebeurt in de coronacrisis wél, en voor een langere periode waarvan op dit moment het einde nog niet in zicht is.”

Bosnische rechter: coronaregels voor ouderen en minderjarigen buiten proportie

De mensenrechten van ouderen en minderjarigen in Bosnië worden door de maatregelen tegen corona geschonden, zo oordeelde het hooggerechtshof van dat land donderdag.

In hoofdstad Sarajevo en in andere stedelijke gebieden in het land mogen die twee leeftijdsgroepen helemaal niet de straat op. Het verbod om de deur uit te gaan werd alleen even versoepeld voor de ouderen om hun pensioen op te kunnen halen.

Daarmee wordt hun vrijheid van beweging ernstig beperkt, zei de rechter. De maatregel is volgens het hof buiten proportie. Bovendien is de mogelijkheid voor soepelere maatregelen onvoldoende onderzocht en is er geen tijdslimiet aan gekoppeld. De rechter geeft de regering vijf dagen de tijd om de maatregel aan te passen.

Secretaris-generaal van de Verenigde Naties Guterres benadrukte donderdag nog eens dat maatregelen tegen het coronavirus proportioneel moeten zijn en niet bepaalde groepen mogen discrimineren. In Peru vreesden critici bijvoorbeeld dat transgenders zouden worden gediscrimineerd door een specifieke coronamaatregel. In dat land bepaalde de president dat mannen en vrouwen op verschillende dagen naar buiten mogen om zo drukte op straat te vermijden. De president trok de maatregel uiteindelijk in. In Panama, waar een zelfde regel geldt, werd begin deze maand een transgender vrouw vastgezet omdat ze op ‘de verkeerde dag’ naar buiten ging, meldt Human Rights Watch.

Om discriminatie te vermijden, pakt de burgemeester van Bogota het anders aan, schrijft de New York Times. In de Colombiaanse hoofdstad mogen mannen en vrouwen eveneens alleen op verschillende dagen naar buiten. Maar transgenders mogen kiezen. Als zij zich meer man voelen, kunnen ze op de ‘mannendag’ naar buiten; voelen zij zich meer vrouw dan kunnen ze ervoor kiezen om op de ‘vrouwendag’ de deur uit te gaan.

Opdracht Kwaliteit van Wetgeving (10)(2e)

https://www.nrc.nl/nieuws/2020/04/23/parlement-maak-een-eind-aan-deze-uitzonderingstoestand-a3997665

Parlement, maak een eind aan deze uitzonderingstoestand

Democratie Het kabinet regeert via experts en persconferenties. Dat kan zo niet langer. Het democratisch proces moet snel herstarten, oordeelt Wim Voermans .

Vijf weken inmiddels zitten we in een 'intelligente lockdown', een ongekende situatie met uitzonderlijke vrijheidsbeperkende maatregelen die de uitbraak van het Covid-19-virus moet beteugelen. Waarschijnlijk komen er nog wel een paar weken bij. Nagenoeg iedereen weet en begrijpt dat deze noodmaatregelen nodig zijn om verder en groter onheil te voorkomen, maar het begint nu – met de ergste piek voorbij – toch wel te knellen voor onze manier van vrij samenleven in een democratie.

Het is daarom goed dat voorzitters van de Tweede en Eerste Kamer, de vice-president van de Raad van State, de president van de Algemene Rekenkamer en de Nationale ombudsman op 6 april gezamenlijk hebben uitgesproken dat het democratische proces gewoon doorgang moet vinden.

Maar hoe? Is een wekelijks Vragenuurtje aan het kabinet na een powerpointpresentatie van het RIVM wel een betekenisvolle invulling van dat democratische proces? We worden op dit ogenblik geregeerd door een kleine kring in en rondom het Outbreak Management Team (OMT), die zich verstaat

met een al even kleine en gesloten kring van deskundigen en enkele ministers die 'modelverordeningen' maken met daarin grote bewegings- en evenementenbeperkingen die worden 'uitgezet' door 25 voorzitters van veiligheidsregio's die door geen enkele volksvertegenwoordiging worden gecontroleerd en eigenlijk alleen verantwoording aan elkaar en aan de minister afleggen.

Kritische grenzen

Niet wat je van een normaal democratisch proces verwacht. Het hele idee is natuurlijk dat het zo moet, omdat het niet anders kan. Toch komen we als dit langer duurt wel in de buurt van een kritische grenzen van ons democratisch rechtsstatelijke systeem.

Zo kan je het noodmaatregelensysteem, dat steunt op de Wet publieke gezondheid, eigenlijk niet veel langer zo gaande houden. Die wet maakt het mogelijk dat met noodverordeningen – eigenlijk een bevoegdheid die burgemeesters onder de Gemeentewet hebben en die de ministers als het ware nu overnemen – een tijdje lang de corona-uitbraak kan worden bezworen.

Maar om het hele land maanden plat te leggen, daar is die wet niet voor. Het hele idee achter de Wet publieke gezondheid is dat je in het uiterste geval via veiligheidsregio's noodbevelen kunt geven, maar je kunt er eigenlijk geen vrijheidsrechten 'achter de voordeur van de burger' mee beperken. Daar hebben we het stelsel van de grondwettelijk gereguleerde uitzonderingstoestand van de Coördinatiewet uitzonderingstoestanden voor. Toch gebeurt dat nu wel. Volgens de Wet publieke gezondheid mag je alleen bij de burger binnen in het kader van een quarantainemaatregel (waarvan dan het OM onmiddellijk op de hoogte moet worden gesteld). Met de

modelnoodverordeningen die nu worden gemaakt, gaan we nogal wat verder. En waar normaal bij het vaststellen van noodverordeningen bepaalde democratische garanties gelden (de gemeenteraad moet zo'n noodverordening bekrachtigen en kan de burgemeester ervoor verantwoordelijk houden) gelden die niet in het geval van de coronamodelverordeningen. Die worden als model opgesteld door het kabinet, maar noch het parlement, noch de gemeenteraad hoeven die te bekrachtigen, of kunnen meepraten over de inhoud ervan. En ter verantwoording roepen is heel ingewikkeld. Hier dreigt een flink democratisch tekort.

Exitstrategie

Ook voor het volwaardig kunnen vergaderen van het parlement moet er iets gebeuren. Nu zitten de Kamers in een situatie waarin ze met minimale informatie de regering moeten zien te controleren. Al is het goed dat ons land niet het parlement naar huis heeft gestuurd (dat gebeurde wel in sommige landen waarin de noodtoestand werd afgekondigd), het democratische proces moet wel betekenisvol zijn en niet tot een soort persconferentie verworden waarbij de ministers aan de Kamer alleen maar uitleggen wat hen bij het vaststellen van beleid heeft bewogen.

Om weer volwaardig op te starten is het niet alleen nodig dat de Kamers de kans krijgen weer op volle sterkte (al dan niet digitaal) te vergaderen, maar ook dat ze inhoudelijk veel nauwer betrokken worden bij de feiten, inzichten en beslissingsroutes. Het kan niet blijvend zo zijn dat een kleine groep experts de route uitstippelt – juist voor de exitstrategie. „We volgen de experts. We varen op de wetenschap", is zeker voor de korte termijn een verstandige strategie.

Maar we moeten niet vergeten dat 'de' wetenschap niet bestaat (ook daarbinnen zijn veel opvattingen en richtingen) en dat expertise en wetenschappelijk inzicht bestaat uit dat wat overblijft na tegenspraak. Discussies bevorderen juist kennis en wetenschappelijk inzicht.

Democratische processen zijn kwetsbaar, zeker in tijden crisis en nood. We moeten daarom snel dat normale democratische proces weer optuigen. Niet alleen door een beetje behelpen in stille Kamers met fractievoorzitters, maar door een open, breed debat gevoed door voor iedereen toegankelijke informatie. Het parlement moet in deze situatie snel meer ruimte en kans krijgen om daadwerkelijk en betekenisvol mee te sturen bij het bepalen van de exitstrategie.

Dat is niet een kwestie van een beetje behelpen met vergaderen via digitale lapmiddelen (wat volgens de Raad van State mogelijk is in zijn laatste voorlichting aan de Kamer – al zijn er wel dringende vragen over te stellen vanuit grondwettelijk perspectief) maar door daadwerkelijk de Kamers mee te laten kijken, mee laten denken en vooraf te betrekken bij de dilemma's en beleidskeuzes.

Daar moeten de Kamers intern en samen met de regering nu snel afspraken over maken. Uiteindelijk kan het laatste woord in een democratie niet zijn: de experts willen het zo. In een volwassen democratie heeft niemand het laatste woord. En als er een laatste woord moet zijn, dan is het dat van de kiezer.

https://www.nrc.nl/nieuws/2020/03/26/een-pandemie-is-een-gevaar-voor-de-democratie-a3995070

De pandemie is een uitzonderlijke crisis die vraagt om uitzonderlijke maatregelen. Noodverordening en noodwet zijn populair, vrijheidsbeperking is tegenwoordig zelfs burgerplicht. Voor democratische bespiegeling en kritiek is

even weinig ruimte. Het risico van uitzonderingen is dat ze regel worden, dat de noodwet na de crisis niet wordt teruggedraaid.

Het is een bekende strategie. Gebruik een crisis als dekmantel voor bijzondere bevoegdheden, afschaffing van burgerlijke vrijheden, als excuus voor vervolging van andersdenkenden. Beroemd voorbeeld is de brand in de Berlijnse Rijksdag in 1933. Hitler, op dat moment nog kampend met hinderlijke oppositie van links, gebruikte de brand om noodwetgeving door te drukken die de opmaat was tot een persoonlijke dictatuur.

Niet elke bijzondere bevoegdheid die nu wordt ingezet is een *Ermächtigungsgesetz* in nazistijl, maar waakzaamheid is geboden. Dat geldt voor nette constitutionele democratieën die privacyregels tijdelijk bijbuigen om telefoondata te gebruiken, dat geldt voor regimes die het ook onder gewone omstandigheden niet nauw nemen met de individuele vrijheid. De pandemie zet élk bewind onder druk, stelt elke leider bloot aan de autocratische verleiding.

Om een idee te krijgen hoe groot het gevaar voor de democratie op termijn is, skype ik met Kenneth Roth van Human Rights Watch. Hij onderstreept dat internationaal recht weliswaar de mogelijkheid biedt vrijheden tijdelijk in te perken in een crisis als deze, maar dat veel leiders de angst voor corona misbruiken om hun macht uit te breiden. Ook de recente historie leert ons waakzaam te zijn. „Terrorisme was een waarschuwing. *The War on Terror* werd gebruikt om Guantanamo en foltering te rechtvaardigen, net als het gebruik van drones en doelgerichte moorden."

Uusual Suspects

De *usual suspects* in de statengemeenschap lieten niet lang op zich wachten met verregaande maatregelen. Rodrigo Duterte, sterke man in de Filipijnen,

kondigde een staat van beleg af. Xi Jinping, kampioen digitale autocratie, voerde persoonscontrole per app tot nieuwe hoogten. Het is tegenwoordig niet meer nodig voor geüniformeerden op straat *'Ausweis'* te brullen: je smartphone heeft je al verraden lang voordat de ordetroepen van de moderne staat in zicht zijn. In Europa verbaasde het niet dat juist de Hongaarse premier Orbán een oneindige staat van beleg nastreeft.

Her en der werden, ook klassiek, media aan banden gelegd. In Jordanië en in Zuidoost-Azië, waar onder de dekmantel van strijd tegen nepnieuws coronaberichtgeving werd gemuilkorfd. In brandhaard Wuhan gold meteen na de uitbraak strikte censuur. Singapore en Iran legden tijdelijk internetvrijheid aan banden. In de VS, constateerde Roth, moeten verzoeken om openbaring van overheidsdocumenten (Freedom of Information Act) sinds kort per post ingediend worden, e-mail is niet meer genoeg.

Omstreden regimes werden ook meteen van één probleem verlost: de demonstrant. Want, hoe kwaad je ook bent op de machthebbers, nog maar weinigen durven de straat op te gaan. De massaprotesten in Hongkong, Libanon, Algerije en Irak, die de wereld maanden in hun ban hielden, verstomden. In India werden demonstraties tegen een burgerschapswet die moslims discrimineert verboden. In Tel Aviv werd het nog even geprobeerd, maar een demonstratie tegen het gebruik van telecomdata door een veiligheidsdienst werd uiteengedreven. De boze burger restte niets anders dan de zwarte protestvlag aan het balkon vast te binden.

De crisis is niet alleen een moment voor klassieke, autocratische trucs, ze legt ook de tekortkomingen van leiders met autocratische neigingen bloot. Naast een onafhankelijke pers en onafhankelijke rechters is in een democratie de stem van onafhankelijke experts onontbeerlijk. Zeker nu. Het kwam de wereld duur te staan dat Beijing artsen uit Wuhan die al in december alarm wilden

slaan, censureerde. De bestrijding van het virus begon daarom zeker drie weken te laat.

Ontkenner-in-chief

Intussen is het adembenemend te zien hoe Trump positieve boodschappen verkoopt die niet op feiten gebaseerd zijn. Hij wil zó graag dat dit probleem ophoudt dat hij het eerst ontkende, toen bagatelliseerde, vervolgens hulp in het vooruitzicht stelde die er niet is en medicijnen en testen beloofde die er niet zijn. Laatste strohalm van de ontkenner-in-chief is de belofte dat met Pasen alles weer normaal is.

Worden de inbreuken op de vrijheid straks netjes teruggedraaid? Roth: „Ik weet niet of India de demonstraties wel weer toestaat. In Moskou worden camera's opgehangen om te controleren of mensen maskers dragen. Denk je dat die camera's straks weggehaald worden?"

Corona heeft nog niet met alle tegenkrachten afgerekend. De Amerikaanse viroloog Anthony Fauci corrigeert Trump in diens bijzijn. Hongarije kreeg prompt ruzie met de Raad van Europa en de OVSE. BZ-minister Blok zei, zonder Hongarije te noemen, dat hij met interesse volgt welke maatregelen EU-landen nemen, „ook met betrekking tot hun democratie".

En demonstranten zijn creatief. In Israël keken honderdduizenden naar een bijeenkomst op Facebook waar ex-directeuren van de veiligheidsdiensten kritiek uitoefenden op premier Netanyahu. En als president Bolsonaro Covid-19 afdoet als een griepje, slaan Brazilianen op potten en pannen om hun frustratie te uiten.

Om corona te overleven zijn ingrijpende maatregelen nodig. Maar ze moeten tijdelijk zijn, proportioneel en transparant. Het mag niet zo zijn dat we straks

de pandemie hebben overwonnen en moeten constateren dat de democratie is gemuteerd.

Michel Kerres is geopolitiek redacteur en schrijft tweewekelijks over de wereldorde. Dit is een uitgebreidere versie van zijn column.

287389

Van:	(10)(2e))(2e)
Aan:	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); _groep DJ-MT
Cc:	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)
Onderwerp:	RE: Update corona activiteiten/mails
Datum:	vrijdag 1 mei 2020 18:30:21

Hier vast reactie. ter bespreking op eerste mt corona

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 1 mei 2020 17:08
Aan: _groep DJ-MT <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e).
<(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: Update corona activiteiten/mails

Ha MT-leden,

Bij deze weer een korte dagelijkse update (vragen of opmerkingen zijn geel gearceerd):

- **OTCB verslag + stukken (niet direct relevant, maar wel interessant):**
  - VWS is zich achter de schermen aan het inkopen bij fabrikanten die nu vaccins aan het ontwikkelen zijn. Dit doen wel zowel in EU verband als individueel. Omdat er keuzes gemaakt moeten worden bij het uitdelen van de eerste vaccins, is de GR gevraagd om VWS hierbij te adviseren.
  - VWS is bezig om genoeg testcapaciteit te realiseren dat iedereen met klachten per 1 juni getest kan worden. Ze verwachten 30.000 testen per dag
- **OMT-adviesaanvraag:** Naast de kopjes: contactberoepen, monitoringsprogramma testbeleid, gebruik mondkapjes, bezoekregeling verpleeghuizen is er ook een kopje VI Vergroten publieke ruimte. Onder dit laatste kopje staat: *Daarom vraag ik het OMT wat het effect is van het toestaan van:*
  - *non-contactsporten voor volwassenen die buiten plaatsvinden zoals tennis, golf, paardrijden en atletiek en onder welke voorwaarden dit mogelijk zou zijn;*
  - *binnensporten zoals turnen en basketbal voor kinderen tot 13 jaar en onder welke voorwaarden dit mogelijk zou zijn;*
  - *Het uitbreiden van de versoepeling ten aanzien van sport en bewegen tot 18 jaar naar buitenactiviteiten van jeugd- en cultuurverenigingen zoals de scouting. Hiermee krijgen ook kinderen die geen lid zijn van een sportvereniging de gelegenheid om buiten activiteiten te ondernemen, waaronder kinderen met een beperking.*
  - *Het openstellen van kinderboerderijen;*
  - *Het openstellen van openbare bibliotheken?*

  Dit biedt weer enige ruimte voor kinderen en jongeren. Wellicht is het idee om onze minister of premier een mediamoment te gunnen waarin ze deze versoepeling (als het doorgaat) kunnen toelichten aan kinderen en jongeren. Bijvoorbeeld bij het jeugdjournaal, via FunX, kinderpersconferentie, via social media, oid. Of aan het NJR vragen om iets te organiseren net na de persco op 13 mei (oftewel jongeren betrekken bij het opzetten van zoiets). Een mediamoment zou mooi zijn. Echter de ruimte die er wordt geboden is voor heel veel jongeren eigenlijk nihil. Jongeren begrijpen de boodschap ook niet. Ik heb (10)(2e) (10)(2e) net uitgebreid gesproken. Ook hij ziet dat het niet goed uitlegbaar is aan jongeren. Gaat er ook over nadenken. Dus er moet een inhoudelijke strategie komen naast communicatie. Het liefst bedacht en doordacht met de jongeren.
- **Worst-case scenariosessie (zie bijgevoegde def versie van memo):**
  - Vervolgstappen die we hebben afgesproken:
    - De memo wordt vandaag afgepoetst en aan de DGV aangeboden (voor onder de arm richting het Catshuis)
    - Voor 15 mei (volgende sessie): Proberen bepaalde effecten te kwantificeren obv onderzoeken + effecten inventariseren van andere worst case scenario's die mogelijk effect hebben op jeugd (bv. GGZ, DMO, GMT en Sport)

287389

Ik zal een voorstel doen in de week van 11-15 mei. top

- Tenslotte werd gevraagd om na te denken hoe je de resultaten voor je eigen directie kan benutten. Suggesties daarbij zijn:
  - Monitoring. Maak een dashboard van de belangrijkste indicatoren. Berenschot heeft alle effecten geprobeerd te vertalen naar mogelijke indicatoren.
  - Inventariseer aangrijpingspunten om te kijken welke corona maatregelen als eerste versoepeld moeten worden (kan o.b.v. eigen input)
  - Inventariseer aangrijpingspunten om hierop vervolgens aanvullend beleid te maken (de TK-passages van Job kunnen hiervoor een eerste start zijn)

@MT, hebben we hier behoefte aan? Lijkt mij interessant maar ik weet niet of ik dat red de komende 2 weken. Misschien is het wel aardig om een aangepaste memo (minus de interne VWS zaken) te delen met partners uit onze stuurgroep corona. Graag nadenken over aanvullend beleid. Inderdaad niet teveel tijd nu in monitoring.

- **Projectdirecteurenoverleg 3 mei:**
  - ICCB powerpoint met uitleg over A & B-protocollen. A-protocol voor sectoren niet van overheidswege zijn gesloten en B-protocollen die wel van overheidswege zijn gesloten. Wanneer gelden welke procedures? En adviezen over hoe je tot een goed protocol komt. Overigens zijn deze protocollen NIET juridisch bindend. Dit kan nuttig zijn als wij samen met partners in het jeugdveld protocollen willen maken. Maar dit mogen we nog niet verder verspreiden aangezien het pas op 6 mei wordt besproken in het MCCB.
- **Corona onderzoeken:**
  - Er zijn veel organisaties die de effecten van corona onderzoeken. Een incompleet lijstje: RIVM, SCP, CPB, werkgroep universiteiten, TU Delft, Verweij Jonker, CIO van het Rijk, GR, ZonMW, RVS, VenZ, Trimbos, etc… Wij proberen voor alle uitvragen die langskomen met een bijzondere korte deadline input mee te geven. Maar dat lukt niet altijd.
  - Samen met o.a. PG, DMO en MEVA maak ik me wel hard om de zaken met elkaar te verbinden.

@ (10)(2e) mag deze mail inclusief stuken op de agenda voor het MT corona?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Teamcoördinator Kennis, Informatie en Directiefinanciën (KID)
....
Ministerie van VWS
Parnassusplein 5 | 2511 VX Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
....
M 06 - (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl
....
Buiten werktijden mailen mag, maar hoeft niet.
Beantwoord deze mail op een voor jou geschikt moment.

Werkdagen: maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

Actuele informatie over opvoeden en opgroeien in tijden van corona is te vinden op www.nji.nl/coronavirus

Onderwerpen GMT-Hulpmiddelen ter archivering

Onderwerp	Sub-onderwerp	Trekker	Andere betrokkenen	Opmerkingen
Beademingsapparatuur		(10)(2e)		
Centrale inkoop	Opstart met NFU en GGD GHOR	(10)(2e)		Ook verslagen/besluitvorming 5 uur calls – vooral door (10)(2e) gedaan. Kijken wat dit in geheugen oproept.
	Start LCH			
	Inkoop door VWS	(10)(2e) ?	(10)(2e)	
	(10)(2e)	(10)(2e)		
	Scope LCH	(10)(2e)	(10)(2e)	
Desinfectantia		(10)(2e)		1e mails levert (10)(2e) aan
Donaties aan VWS		(10)(2e)		o.a. Huawei tablets, NS, NVWA, etc.
Hergebruik	Mondkapjes	(10)(2e)	(10)(2e) (10)(2e)	
	Jassen	(10)(2e)		
	Logistiek	(10)(2e)		
Innovatie/ZonMw		(10)(2e)	(10)(2e)	
Internationaal	Caribisch Nederland	(10)(2e) (10)(2e)		
	Relatie met China			
	Export verboden lidstaten	(10)(2e)	(10)(2e)	O.a. contact douane om spullen los te krijgen, maar ook dicht gaan grenzen Duitsland, Frankrijk
	Exportvergunning	(10)(2e)	(10)(2e)	1e mails levert (10)(2e) aan // (10)(2e) voor inrichten procedure met noodverordening en IGJ / (10)(2e) voor procedure met EC
	Joint Procurements	(10)(2e)	(10)(2e) / (10)(2e)	
Kwaliteit	Algemeen kwaliteitsbeleid	(10)(2e)	(10)(2e)	
	Afgekeurde mondkapjes	(10)(2e)		
PBM buiten de zorg	Andere vitale sectoren	(10)(2e)		
	PBM als onderdeel exit-strategie	(10)(2e)		

Productie NL	Algemeen/breed	(10)(2e)		
	DSM, Auping, Afpro	(10)(2e)		
OMT vragen van GMT		(10)(2e) (10)(2e)		
Sanquin / bloedvoorziening		(10)(2e)		
Verdeelmodel PBM in de zorg		(10)(2e), (10)(2e)		
Vip Leads		(10)(2e)	(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	
Vorderingswet		(10)(2e) (10)(2e)		Dounia voor postvak (10)(2e))
(10)(2e) **geen tekort, naar wel een tekort**		(10)(2e)		Periode tot 28 februari ("geen tekort"), naar 2 maart ("wel een tekort")

Continuïteitsbijdrage

	Zvw	**Wlz**	**Sociaal domein**	**Pgb**
Relevante documenten	Voorhangbrief, Nza-beleidsregel, brief ZN uitwerking cb	Brief 23 maart ZN, Opdrachtbrief VWS 16 april, addendum opdrachtbrief 18 mei, NZa beleidsregel	Afspraken 25 maart. Nadere uitwerking (handreiking VNG -> gemeenten) 16 april.	Brief ZN en VNG van 7 april.
Reikwijdte	Zvw zorg, forensische zorg. Zowel basisverzekering als aanvullende verzekering.	Wlz zorg in natura	Alle door gemeenten gecontracteerde zorgaanbieders	Alle budgethouders, ongeacht de contractvorm die de budgethouder heeft met zorgverlener
Looptijd	1 maart 2020 – 30 juni 2020	1 maart 2020 – 1 juli 2020	1 maart – 1 juli 2020	1 maart – 30 juni
(Prestatie)-definitie	Toeslag waarmee zorgaanbieders onderdekking van doorlopende kosten, die een direct gevolg is van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus, in rekening kunnen brengen. Doorlopende kosten zijn gedefinieerd als kosten die ondanks een daling in de productie blijven doorlopen.	Compensatie omzetderving De compensatie bedraagt in beginsel het verschil tussen de verwachte omzet in een situatie zonder corona minus de gerealiseerde productie.	Gemeenten is met klem verzocht zorgaanbieders voor 100% door te financieren, ongeacht de daadwerkelijk gerealiseerde omzet. Gemeenten hebben beleidsvrijheid om van deze richtlijn af te wijken.	Wlz/Zvw: Voor de omvang van de bij de budgethouder geinde registratie ten aanzien van niet-geleverde zorg wordt een aanvraag voor noodcompensatie ingediend door het zorgkantoor/zorgverzekeraar. Voor zorgkantoren geldt dat ze deze compensatie direct weer dienen af te dragen aan het Flz. Sociaal domein: ook hier kan worden doorbetaald voor niet-geleverde zorg. Compensatie aan gemeenten vooralsnog op PM, navolgend op zorg in natura.
Nadere uitwerking	Variabele kosten kunnen niet worden vergoed via deze prestatiebeschrijving. Hetzelfde geldt voor kosten voor leegstand die het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor patiënten die besmet zijn met het SARS-CoV-2 virus.	De verwachte omzet zonder corona wordt berekend door de dagomzet in februari 2020 te vermenigvuldigen met het aantal dagen van de omzetdervingsperiode. De compensatie wordt vervolgens indien nodig enkel neerwaarts gecorrigeerd voor een aantal posten. Daarnaast hebben zorgkantoren de ruimte om de uitkomst van de rekenregel te	Er is samenhang met meerkosten en niet-doorlopende kosten. Uitgangspunt is dat zowel zorgaanbieder als gemeente er niet rijker op wordt.	Ministeriële regeling en nog te schrijven compensatieregeling. Uitwerking van de compensatieafspraak voor het sociaal domein.

		corrigeren op basis van aanbiederspecifieke omstandigheden.		
Voorbeelden	Voorbeelden van doorlopende kosten zijn: • loonkosten; • kosten voor vastgoed en gebouwgebonden kosten; • overige vaste lasten, zoals kosten voor staffuncties, alle ondersteunende diensten en medische inventaris.	- een uitval van de vraag naar zorg, omdat cliënten de aanvraag van een Wlz-indicatie of opname uitstellen, of omdat cliënten dagbesteding, logeren, huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging en/of behandeling afzeggen. - een uitval van zorgmedewerkers door ziekte of doordat ze volgens de richtlijnen niet in de direct contacten met clienten mogen worden ingezet. - de richtlijnen die het niet mogelijk maken om als vanouds het volume aan zorg, bijvoorbeeld dagbesteding, te leveren.	Uitval van vraag komt voornamelijk voor bij Jeugdzorg dagbehandeling (+-60%) en WMO doelgroepenvervoer (+-80%).	- Kosten voor het doorbetalen van zorg die niet conform RIVM-maatregelen geleverd kon worden.
Verrekening met inhaalzorg	Zorgverzekeraars verwachten dat zorgaanbieders waar mogelijk inhaalzorg gaan leveren. Op het moment dat zorgverleners de niet-verleende zorg gaan inhalen bovenop de reguliere zorg, geldt daarvoor een aangepaste vergoeding.	Neen.	Het uitgangspunt is dat zowel zorgaanbieder als gemeente er niet rijker van wordt.	Geldt voor sociaal domein: Niet geleverde zorg kan gewoon worden doorbetaald. Aan gemeenten hoe ze het EKC-traject vormgeven, maar het ligt voor de hand dat bij een EKC-aanvraag de volledige registratie t.a.v. niet-geleverde zorg wordt geïnd alvorens de aanvraag EKC te beoordelen.
Samenloop met andere regelingen	• Zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening worden gebracht, mogen niet via de prestatiebeschrijvingen voor de continuïteitsbijdrage worden gedeclareerd. • Voorwaarde dat de		Alle regelingen (continuïteit financiering, meerkosten, inhaalzorg) zijn met elkaar verweven en moeten in samenhang bezien worden om dubbele bekostiging te voorkomen. Deze regelingen zijn voorliggend op relevante rijksregelingen.	Samenhang met zorgwetten en de onderliggende regelingen. De ministeriële regeling vormt een uitbreiding op deze onderliggende regeling gedurende Corona.

	zorgaanbieder geen aanspraak maakt op relevante rijksregelingen, behalve eventueel voor het deel omzetdaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding die de zorgaanbieder ontvangt op basis van de prestatie continuïteitsbijdrage.			
Budgettaire gevolgen	Zorgverzekeraars zullen er naar verwachting naar streven dat vergoedingen voor doorlopende kosten en vergoedingen voor inhaalzorg binnen hun eerdere ramingen blijven.	De contracteerruimte dient als budgettair plafond voor wat aan gederfde omzet en geleverde productie tezamen kan worden vergoed.	Voor Rijk en gemeenten in eerste instantie geen: de reguliere budgetten lopen door. Er worden wel afspraken gemaakt over inhaalzorg. In een eerste raming is sprake van ruim 90 mln kosten aan inhaalzorg.	NNB
Overige bijzonderheden	• Voor de continuïteitsbijdrage en de prestatie voor meerkosten geldt geen eigen risico of eigen bijdrage. • "Goed rentmeesterschap" is van belang. Waar maatregelen genomen kunnen worden door de zorgaanbieder om de noodzaak voor extra bekostiging te voorkomen, zonder uiteraard af te doen aan de maatregelen die nodig zijn om de coronacrisis het hoofd te bieden, is dat van belang.		VNG gaf in eerste instantie aan dat algehele verlenging van deze maatregel niet nodig is, omdat veel zorg alweer opgestart wordt (dagbesteding en doelgroepenvervoer als mogelijke uitzonderingen). Op dit standpunt zijn ze teruggekomen door ruis vanuit de achterban. Definitieve einddatum is nu 1 juli, met mogelijke uitzondering voor de genoemde categorieën.	Wijze van compensatie pakt per domein weer net ander uit.

Meerkosten

	Zvw	**Wlz**	**Sociaal domein**	**Pgb**
Relevante documenten	Nza-beleidsregel	Brief 23 maart ZN, Opdrachtbrief VWS 16 april, NZa beleidsregel	Afspraken 25 maart. Nadere uitwerking meerkosten (nog niet vastgesteld)	Brief ZN en VNG van 7 april.
Reikwijdte	Zvw zorg, forensische zorg. Zowel basisverzekering als aanvullende verzekering (de laatste voor zover het gaat om kosten die worden gemaakt voor niet-covid-19-patiënten als gevolg van het bestaan van covid-19).	Wlz zorg in natura	Alle door gemeenten gecontracteerde zorgaanbieders	Alle budgethouders ongeacht contractvorm met zorgverlener
Looptijd	1 maart 2020 -	1 maart 2020 – 1 juni 2021 (vanwege nacalculatie 2020 in mei 2021)	1 maart 2020 -	1 maart – 30 juni
Prestatie(definitie)	Extra kosten die een zorgaanbieder maakt voor de levering van zorg aan een individuele verzekerde of voor een groep verzekerden, of voor justitiabelen met een forensische zorgtitel.	Vanwege het uitgangspunt dat zorgaanbieders in de gelegenheid moeten worden gebracht om te doen wat nodig is om de coronacrisis te beheersen, worden extra kosten met betrekking tot Wlz-zorg in natura als gevolg van de crisis vergoed. Deze vergoeding betreft de extra kosten die zorgaanbieders vanwege het SARS-CoV-2 virus redelijkerwijs moeten maken om productie te kunnen realiseren. Het kan daarbij niet alleen gaan om extra kosten voor de directe zorglevering, maar ook om de extra kosten als gevolg van het SARS-CoV-2 virus die gemaakt worden om deze zorg veilig en	De verlening van zorg en ondersteuning leidt soms tot meerkosten als gevolg van de coronacrisis, in het bijzonder door het volgen van de richtlijnen van het RIVM. De meerkosten die direct voortkomen uit het volgen van deze maatregelen zullen vergoed worden.	Wlz: EKC formulier is de wijze waarop budgetophoging kan worden aangevraagd. Deze registratie vormt tevens de basis voor het bedrag waarmee het Fonds wordt opgehoogd. Zvw: regulier proces en uitgaven ten laste van reguliere kader Sociaal domein: Procesmatig ook gebruik van EKC-formulier, wijze van compensatie rijk-gemeenten dient nog te worden vastgesteld.

		verantwoord te kunnen leveren.		
Nadere uitwerking	Het betreft kosten die verband houden met het SARS-CoV-2 virus voor het kunnen leveren van directe zorg aan patiënten, ongeacht of de patiënt (vermoedelijk) besmet is met het SARS-CoV-2 virus, voor zover daar nog geen prestatiebeschrijving voor is vastgesteld, dan wel - wanneer er wel een bestaande prestatiebeschrijving beschikbaar is - het tarief of de overeengekomen vergoeding voor laatstgenoemde prestatiebeschrijving niet toereikend is. Deze prestatiebeschrijving kan ook in rekening worden gebracht voor zorgcapaciteit die bewust en actief leeg en beschikbaar gehouden wordt voor coronapatiënten, en extra gecreëerde zorgcapaciteit voor coronazorg, als dit op verzoek van het ROAZ/RONAZ en andere daartoe aangewezen organisaties of op grond van afstemming in ROAZ-verband is gebeurd. De zorgaanbieder kan alleen extra kosten in rekening brengen waarvan hij kan aantonen dat extra kosten als hiervoor bedoeld zijn gemaakt in verband met het SARS-CoV-2 virus.	Onder extra personele kosten worden verstaan de kosten die gemaakt zijn vanaf 1 maart 2020 en het gevolg zijn van de uitbraak van het coronavirus en samenhangen met de adviezen van het Outbreak Management Team. Het gaat hierbij om het vergoeden van de in verband hiermee gemaakte extra personele kosten die redelijkerwijs nodig zijn om de continuïteit van de reguliere zorgverlening te borgen maar ook om de extra personele kosten die gemaakt worden om deze zorg veilig en verantwoord te kunnen leveren. Onder extra materiële kosten worden verstaan de kosten die gemaakt zijn vanaf 1 maart 2020 en het gevolg zijn van de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus en samenhangen met de adviezen van het Outbreak Management Team. Het gaat hierbij om het vergoeden van de in verband hiermee gemaakte extra materiële kosten die redelijkerwijs nodig zijn om de continuïteit van de reguliere zorgverlening te borgen maar ook om de extra materiële kosten die gemaakt worden om deze zorg veilig en verantwoord te kunnen leveren.	(Nog niet vastgesteld) Meerkosten betreffen de directe extra kosten... * ...die een zorgaanbieder maakt gedurende de door het Rijk afgekondigde periode dat de coronamaatregelen gelden. * ...die duidelijk het gevolg zijn van de coronamaatregelen van het Rijk, in het bijzonder het volgen van de richtlijnen van het RIVM. * ...die onder reguliere omstandigheden niet gemaakt hoefden te worden. * ...die noodzakelijk zijn om de gewenste zorg te kunnen blijven continueren die voldoen aan de RIVM-richtlijnen. * ...en die niet al op andere wijze zijn gecompenseerd, bijvoorbeeld via de doorfinanciering van 100% van de omzet of via de Stimuleringsregeling eHealth Thuis.	EKC formulieren en procesbeschrijvingen
Voorbeelden	Extra kosten die zorgaanbieders	De extra personele kosten die	Bij de meerkosten dient altijd	Extra kosten corona, hierbij valt

	maken voor het leveren van zorg als gevolg van de corona-uitbraak en de richtlijnen van het RIVM. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om: • meerkosten die samenhangen met extra persoonlijke beschermingsmiddelen; • kosten die gemaakt worden bij het scheiden van patiënten met een (mogelijke) coronabesmetting van andere patiënten; • de kosten om zorgcapaciteit bewust en actief leeg en beschikbaar te houden voor coronapatiënten, bijvoorbeeld op grond van afstemming in ROAZ-verband.	voortvloeien uit de volgende omstandigheden komen in elk geval voor vergoeding in aanmerking: - een hoger ziekteverzuim onder het personeel, waardoor extra personeelsinzet noodzakelijk is om de zorg te kunnen blijven bieden; - een hogere zorgvraag bij cliënten met de leveringsvorm verblijf in een instelling of vpt, waardoor extra of duurdere zorg noodzakelijk is (onderscheidend aan reguliere toeslagen/meerzorg is dat het hier zorg betreft die zonder de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus wel binnen het zorgprofiel zou passen); - extra personeelsinzet omdat mantelzorgers/familie niet meer op bezoek mogen komen; - extra opleidingskosten als gevolg van uitbreiding takenpakket personeel; - extra kosten in het kader van vitaliteit en ondersteuning van medewerkers als gevolg van extra bedrijfsmaatschappelijk werk; De volgende materiële kostenposten komen, voor zover ze samenhangen met de omstandigheden geformuleerd	een direct verband te kunnen worden gelegd tussen de corona-maatregelen en de richtlijnen van het RIVM. * beschermingsmiddelen zoals mondkapjes en handschoenen * (bij verblijfszorg) extra inzet van medisch personeel voor de beoordeling van ziekteverschijnselen of voor de verzorging van cliënten die in quarantaine zijn extra huur van locaties om de 1,5 meter afstand te organiseren * extra inhuur personeel vanwege verminderde inzetbaarheid van bestaand personeel als gevolg van de coronamaatregelen (richtlijn: thuisblijven bij lichte klachten) of juist vanwege extra werkzaamheden agv de coronamaatregelen* * beschikbaarstelling van quarantaineopvang * vormen van alternatieve zorgverlening die hogere kosten dan reguliere zorg met zich meebrengen. Daarbij is het uitgangspunt dat in beginsel het doorbetalen van de omzet de ruimte biedt om zorg op alternatieve wijze vorm te geven. Enkel indien er extra kosten zijn die niet gedekt kunnen worden uit de reguliere omzet, kan sprake zijn van meerkosten.	te denken aan een budgethouder wiens zorg duurder uitvalt als gevolg van corona (bv extra tijd om te ontsmetten enz) en aan een budgethouder die corona heeft en als gevolg daarvan een grotere zorgvraag

		onder artikel 5, tweede lid, onder b, in elk geval voor vergoeding in aanmerking: - extra persoonlijke beschermingsmiddelen om besmetting onder zorgpersoneel en kruisbesmetting tussen zorgpersoneel en bewoners te voorkomen; - kosten preventie om interne besmetting/uitbraak te voorkomen; - extra huisvestingskosten als gevolg van huur cohortunit in nieuwe omgeving die niet redelijkerwijs zijn verdisconteerd in de nhc- en nic-component van het zzp, inclusief de ombouw en inrichting van deze voorzieningen tot verpleegunits; - extra kosten/inrichtingskosten om afdelingen of toegangen 'coronaproof' te maken (bijvoorbeeld triagetent); - extra kosten met het doel om het contact tussen familie en verwanten te vergroten en zo de kwaliteit van leven te verhogen (bijvoorbeeld het inrichten van een bezoekruimte met plexiglas om familie toch contact te laten leggen met ouders); - meer verpleegmiddelen (onderleggers matras, inzet		

		bedpannen, luiers etcetera); - extra genees- en hulpmiddelen (bijvoorbeeld medicijnen, injecties); - extra diagnostiekkosten als gevolg van laboratoriumkosten; - extra waskosten voor kleding personeel, platgoed of extra was als gevolg van de ziekte van de cliënt voor zover niet al verdisconteerd in personele kosten (meestal in onderaanneming); - extra schoonmaakkosten voor zover niet al verdisconteerd in de extra personele kosten (meestal in onderaanneming); - extra voedingskosten omdat niet gezamenlijk gegeten wordt, waarbij zorgkantoren met name extra kosten verwachten rondom het logistieke proces (rondbrengen/halen etcetera); - extra bouwkosten als gevolg van boeteclausules in gesloten overeenkomsten met bouwondernemers. Bijvoorbeeld omdat bouwvakkers, net als bezoekers, het pand niet meer mochten betreden. Dit kunnen significante bedragen zijn met direct effect op liquiditeit en handelingsmogelijkheden zorgaanbieders;		
Samenloop met andere	Dubbele bekostiging moet	Kwaliteitskader	Alle regelingen (continuïteit	

regelingen	worden voorkomen: zorgkosten die via andere prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening worden gebracht, mogen niet via de prestatiebeschrijvingen voor meerkosten worden gedeclareerd.	verpleeghuiszorg: de afspraak is dat het kwaliteitsbudget 2020 voorliggend is op de maatregel extra kosten agv Covid-19 voor wat betreft de extra personele kosten. Dit betekent dat eerst ket kwaliteitsbudget wordt "opgegeten" en enkel voor het meerdere een beroep kan worden gedaan op de Covid-19 beleidsregel.	financiering, meerkosten, inhaalzorg) zijn met elkaar verweven en moeten in samenhang bezien worden om dubbele bekostiging te voorkomen. Deze regelingen zijn voorliggend op relevante rijksregelingen.	
Budgettaire gevolgen	Nnb, maar een overschrijding van de eerder geraamde Zvw-uitgaven in 2020 is zeer aannemelijk. Uitgaven op grond van de prestatie meerkosten, alsmede uitgaven voor coronapatiënten op basis van reguliere prestaties en tarieven, kunnen worden ingebracht in de Catastroferegeling. Op grond daarvan dragen verzekeraars het risico tot een drempel van 4% van de vereveningsbijdrage. Daarboven geldt een grillige verdeling tussen verzekeraars en overheid. Tussen 10% en 20% ligt het risico bij de overheid.	Pm	Eerste grove raming: 300 mln.	
Overige bijzonderheden		Aanvragen voor vergoedingen ogv de beleidsregel dienen tweezijdig (dus namens zowel zorgaanbieder als zorgkantoor) te worden ingediend bij NZa. Eenzijdige indieningen worden in beginsel niet door NZa gehonoreerd.		

287399

Programma's/projecten/onderwerpen PG crisis

Programma testen en traceren		
Programmamanager	(10)(2e)	
Secretaris	(10)(2e)	
Expert	(10)(2e) (10)(2e)	
Liason DI	(10)(2e)	
Communicatie adviseur	(10)(2e) (10)(2e)	
Testen	Projectleider testen	(10)(2e)
	Projectsecretaris	(10)(2e) (10)(2e)
	Senior PG	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
	Senior GMT	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Traceren	Projectleider traceren	PM
	Projectsecretaris	(10)(2e) (10)(2e)
	Senior PG	(10)(2e) (10)(2e)
	Liason DI	(10)(2e)
Vaccins		
Projectleider	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
Beleidsmedewerkers PG	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e (10)(2e)	
Beleidsondersteuner	(10)(2e) (10)(2e)	
Overige directies	(10)(2e) (GMT), (10)(2e) (10)(2e) (IZ), (10)(2e) (10)(2e) (RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (DMO)	
Vanuit Financiën	(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) – ondersteunen op investeringsstrategie	
Controle strategie		
o.l.v.	(10)(2e)	
Beleidsmedewerker PG	(10)(2e) (10)(2e)	
Vanuit andere directies	(10)(2e) (10)(2e) (Meva), (10)(2e) (10)(2e) (LZ), (10)(2e) (10)(2e) (CZ)	
Vanuit NCTV	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	
Innovatieve behandelingen		
Beleidsmedewerker PG	(10)(2e (10)(2e)	
Overige directies	(10)(2e) (10)(2e) (GMT), (10)(2e) (10)(2e) (LZ)	
PBM buiten de zorg		

287399

projectleider	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)	- (10)(2e) gepolst, moet er nog over nadenken - (10)(2e) verlengen
Beleidsmedewerker PG	(10)(2e) (10)(2e)	Verlening (10)(2e) regelen actie (10)(2e)
GMT		
DPG		
Secretaris DPG-overleg	((10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)	Zijn zij al gevraagd?
Scenario's		
	(10)(2e) (10)(2e)	
Internationaal		
Beleidsmedewerkers PG	(10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e))	
1,5 m samenleving		
	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)	
vliegverkeer		
	(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	Verlenging regelen Actie (10)(2e)
OMT / BAO		
OMT adviesvragen	(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)	
BAO	(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)	
Juridisch cluster		
Juridische beleidsvraagstukken/WOB/AVG	(10)(2e) (10)(2e)	(10)(2e) 14/5 met haar gesproken. Nog afspraken maken over ingangsdatum. Actie (10)(2e)
aanwijzingen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)	Verlenging (10)(2e) actie (10)(2e)
Parlementair		
kamerbrief	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)	Achtervang regelen. Actie (10)(2e)
Kamerdebat	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e)	
Kamervragen	(10)(2e), (10)(2e)	Achtervang regelen. Iemand binnen PG beschikbaar? Actie (10)(2e)

287399

Communicatie		
Coördinator	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	- (10)(2e) vragen Actie (10)(2e) - Verlenging (10)(2e) actie (10)(2e)
Team burgervragen	(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)	- Verlening (10)(2e), (10)(2e) in gesprek met trainee coördinator - Bij (10)(2e) nagaan stvz

Overige acties

- Inventariseren verlof voor de komende maanden
- Vervanging zwangerschapsverlof regelen voor (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) polsen of zij beschikbaar is voor een jaar.
- (10)(2e) in gesprek met tijdelijke krachten over verlenging (10)(2e) en (10)(2e) van I&W, (10)(2e)

Besmettingsroute en noodzaak PBM

- Het coronavirus bevindt zich bij patiënten in de neus, keel of longen en verspreidt zich niet vanzelf maar moet daarbij geholpen worden. Dit gebeurt via de lucht door hoesten en niezen of doordat het via de handen wordt overgedragen.
- Door hoesten en niezen komt het virus in de lucht via kleine druppeltjes. Deze druppeltjes blijven niet in de lucht zweven, maar dalen snel neer, binnen 1,5 meter van de patiënt. Iemand die heel dichtbij is kan de druppeltjes dus inademen.
- Er zijn geen aanwijzingen dat het virus zich aerogeen verspreidt, dus via kleinere deeltjes die in de lucht blijven zweven. De kans dat het zich via praten en ademhalen kan verspreiden is dus zeer klein.
- Het coronavirus kan via de handen verspreid worden als een patiënt met zijn handen aan de neus zit en vervolgens iemand een hand geeft. Ook kan het virus door hoesten of via de handen op voorwerpen terechtkomen die iemand anders vastpakt, zoals een deurklink. Daarom zijn de algemene hygiënemaatregelen zo belangrijk.
- Dat betekent dat het in situaties wanneer iemand *geen* klachten heeft en afstand kan worden gehouden, ook niet nodig is preventief persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken.
- Belangrijk is dat zorgmedewerkers regelmatig hun handen wassen en zich aan de algemene hygiënemaatregelen houden. Zo kunnen zij zichzelf goed beschermen.
- Mondkapjes moeten dus alleen gebruikt worden als dat echt nodig is, zoals aangegeven in de uitgangspunten die het RIVM heeft opgesteld voor gebruik van PBM. Ook voor het geven van zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis geldt als uitgangspunt dat bij cliënten die niet verdacht zijn van corona geen risico is op besmetting en geen extra maatregelen nodig zijn.
- Voor zorgverleners in de thuissituatie is het belangrijk elke keer dat ze een cliënt thuis bezoeken het gesprek aan te gaan en te checken of hij of zij geen COVID 19 klachten heeft en niet besmet is.

- In het geval hier wel sprake van is, dient de zorg en ondersteuning uitgesteld te worden als dit kan. Waar dit niet kan zullen PBM nodig zijn om de zorg veilig te verlenen. Die moeten er dan ook zijn. Dit is een verantwoordelijkheid van zorgorganisaties en inkopende partijen inclusief het LCH.
- In de praktijk blijkt echter dat medewerkers zich zorgen maken, omdat het niet altijd even duidelijk is, of vooraf goed in te schatten of iemand echt niet besmet is. Dit geeft onzekerheid en angst bij medewerkers.
- Daarom is vanaf 1 mei ruimte gegeven aan professionele zorgverleners om beredeneerd af te wijken van de uitgangspunten en gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen als de specifieke situatie daarom vraagt. Dat is nu expliciet in de RIVM-uitgangspunten opgenomen.
- De situaties in de praktijk zijn niet altijd goed te vangen in algemene uitgangspunten. De V&VN heeft daarom samen met een aantal partijen voor de verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten een handreiking opgesteld met handvatten en voorbeelden van situaties waarin PBM nodig kunnen zijn. Die handreiking is op 14 mei is gepubliceerd. Daarover is ook met de bonden gesproken.
- De bonden zullen een vergelijkbaar traject doorlopen voor in elk geval professionals in de Wmo-ondersteuning (huishoudelijke hulp, dagbesteding/begeleiding en maaltijdondersteuning). Voor deze groep is een reservepakketje beschikbaar voor onverwachte situaties of ingeval van gerede twijfel. Uiteraard dienen er wel voldoende PBM beschikbaar te zijn, inclusief de reservepakketjes. Aanbieders kunnen deze via de normale route bestellen voor hun medewerkers. ZZP-ers kunnen deze reservepakketjes bestellen via de website van Solopartners, de brancheorganisatie voor zelfstandige zorgverleners. Dat geldt dus ook voor PGB-gefinancierde formele zorgverleners. Dit is allemaal ingeregeld.

Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen

- Zorginstellingen en andere zorgverleners maken gebruik van eigen reguliere kanalen voor inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Indien deze kanalen tekortschieten, kunnen ze inkopen via het LCH. Hiervoor kunnen ze een aanvraag indienen via het webportaal.

- In eerste instantie lag de focus bij de verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, op de acute zorg aangezien daar veel Covid-patiënten waren en terecht zouden komen.
- Een deel van de middelen was toen echter ook al beschikbaar de langdurige zorg en voor noodsituaties.
- Naarmate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook medewerkers uit andere sectoren risico's liepen in het geval zij gevraagd werden zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten.
- Daarom is sinds 13 april jl. een nieuw verdeelmodel van kracht. Uitgangspunt van dit model is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Dit verdeelmodel is dus niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, maar gaat uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. En dus ook voor het geval dat zorgprofessionals beredeneerd afwijken van de uitgangspunten.
- Het LCH geeft aan dat er op dit moment voldoende middelen zijn om aan de vraag te kunnen voldoen.
- Het LCH en de ROAZ doen bij het verstrekken van de middelen een check of de aanvraag realistisch is om te voorkomen dat nieuwe tekorten ontstaan.
- Ook blijft gepast gebruik van de middelen zeer belangrijk om te zorgen dat voldoende middelen beschikbaar blijven. Algemeen preventief gebruik is niet zinvol en wenselijk, omdat dit weer bijdraagt aan schaarste.

Achtergrond

<u>GMT levert nog nieuwe tekst aan over verschillende soorten mondmaskers ipv onderstaande</u>

Verschillende typen mondmaskers (GMT)

- Er zijn twee typen maskers:
- Ten eerste de adembeschermingsmaskers/FFP, deze maskers hebben een filter in zich. Afhankelijk van het type kunnen deze 80% tot 98% van de alle druppels uitfilteren. Voor Covid-19 worden FFP2 maskers geadviseerd, deze filteren minimaal 94% van de druppels uit. De adembeschermingsmaskers bieden de zorgverlener bescherming en voorkomen dat hij niet geïnfecteerd raakt.
- Ten tweede, de chirurgische mondneusmaskers. Deze beschermen tegen druppels en spatten, maar hebben een beperkte filterwerking. Voor Covid-19 wordt het chirurgisch masker Type IIR geadviseerd, daar deze ook spatbestendig is. De overige types chirurgisch masker zijn vooral bescherming van de patiënt en niet de drager.
- Mondmaskers worden bij zorgverleners ingezet, omdat die zorgverleners zich niet aan die anderhalvemeterregel kunnen houden en omdat in de omgeving van het ziekenhuis natuurlijk de meest intensieve contacten en de hoogste concentraties aan besmette druppels aanwezig zijn.

Gepast gebruik (GMT)

- Het type handeling bepaald welk type mondmaskers moet worden gebruikt.
- Gelet op de manier van transmissie van Covid-19 (druppel/contact) adviseert het OMT dat in situaties waarin Covid-19 patiënten verzorgd worden, maar geen handelingen verricht worden die aanleiding geven tot aerosolvorming, kan volstaan worden met een chirurgisch masker type IIR.
- Alleen bij aerosolvormende procedures in de ziekenhuis- en langdurige zorg zijn FFP maskers nodig.
- Gepast gebruik van maskers is belangrijk, omdat maskers ook nadelen hebben. FFP2-maskers zitten erg strak op het gelaat en filteren dermate sterk dat je dat als zorgverlener niet lang volhoudt, want je krijgt te weinig lucht. Tevens vindt ook verzadiging plaats. Dat komt door het vocht in de ademhaling. Op een gegeven moment wordt het daarom steeds moeilijker om te ademen. Men kan hierdoor zelfs flauwvallen. Dergelijke maskers kunnen slechts voor beperkte tijd gedragen worden. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten. Dat levert weer meer risico's op.
- Dit betekent dat het gebruik van maskers echt aan specifieke handelingen en specifieke situaties moet worden gekoppeld. Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen, het niet even om de nek hangen. Bij onjuist gebruik kunnen maskers het risico op besmetting zelfs verhogen.

287402

Uitgangspunten PBM buiten het ziekenhuis (site RIVM)

Bijlage bij de LCI-richtlijn COVID-19 | Versie 1-05-2020

Deze uitgangspunten hebben betrekking op het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen door zorgverleners buiten het ziekenhuis. Ze zijn geformuleerd op basis van veiligheid voor medewerkers (besmettingsrisico's) ingeval van (verdenking op) Covid-19. De uitgangspunten vragen om een nadere invulling per sector, rekening houdend met context en doelgroep. Als de specifieke situatie daarom vraagt, kunnen zorgmedewerkers op basis van hun professionele inzichten en ervaring beredeneerd afwijken van deze uitgangspunten.

Zorgmedewerkers buiten het ziekenhuis dienen altijd de algemene hygiënerichtlijnen te volgen:

- Geen handen geven.
- Regelmatig handen wassen.
- Hoesten en niezen in de elleboog.
- Papieren zakdoekjes gebruiken.

Daarnaast volgen de medewerkers de hygiënerichtlijnen voor hun beroepsgroep en specifieke beroepsmatige handelingen.

Vanwege het nieuwe coronavirus kan het nodig zijn om extra persoonlijke beschermingsmaatregelen (PBM) toe te passen:

A. Ter bescherming van de medewerker bij een hoestende/niezende patiënt met (verdenking op) COVID-19

Is er sprake van persoonlijke verzorging of lichamelijk onderzoek? Zo ja, **wel PBM** nodig.

PBM ter bescherming van de medewerker bij een hoestende/niezende patiënt bestaat uit een spatwaterdicht chirurgisch mondneusmasker type IIR, bril, schort

en wegwerphandschoenen voor de medewerker (zie ook de tabel in paragraaf 'Preventieve maatregelen voor zorgmedewerkers in de richtlijn).

PBM is niet nodig wanneer de afstand tot de patiënt meer dan 1,5 meter is. Dit geldt ook voor het snel iets aangeven aan een patiënt of iemand te hulp schieten.

B. <u>Ter bescherming van de patiënt</u> bij een hoestende/niezende medewerker met (verdenking op) COVID-19

Een hoestende/ niezende medewerker verdacht voor COVID-19 kan getest worden en blijft totdat de uitslag bekend is bij voorkeur thuis. (Zie ook Uitgangspunten inzetten en testen zorgmedewerkers.)

Indien het noodzakelijk is dat een hoestende/niezende medewerker zonder koorts toch lichamelijke verzorging of lichamelijk onderzoek moet verlenen aan een patiënt, is PBM nodig.

PBM om te voorkomen dat de medewerker het virus verspreidt, bestaat uit een chirurgisch mondneusmasker type II en wegwerphandschoenen voor de medewerker. Het mondneusmasker kan 3 uur achtereen gedragen worden (bij verschillende patiënten). De handschoenen moeten per patiënt gewisseld worden.

Q&A's op controlestrategie/dashboard

Q – Kunt u meer duidelijkheid geven over de vormgeving van het dashboard voor het maximaal controleren?

A

- Maximaal controleren is vanaf het begin van de uitbraak de strategie van het kabinet geweest.
- Om de gezondheid van kwetsbaren te beschermen en te zorgen dat de zorg het aan kan.
- In de eerste fase hebben we met 50% van de kennis 100% van de besluiten genomen.
- De minister-president noemde dit varen in de mist.
- Wewillen het zicht op het virus vergroten.
- In dit dashboard brengen we allerlei relevante gegevens bij elkaar.
- Zodat het veel makkelijker is om nieuwe signalen op te pikken en zo snel en gericht te sturen op het virus.
- Het dashboard bevat gegevens, zoals van ziekenhuizen, testen, huisartsen, rioolwater en verplaatsingsgegevens.
- Ik ga de komende tijd aan de slag om dit dashboard operationeel te maken om de signaleringsfunctie van het RIVM te versterken.

Q – Welke gegevens zitten nu precies in het dashboard voor het maximaal controleren?

- 4 hoofdindicatoren:
  IC opnames, ziekenhuisopnames, aantal geteste
  mensen en het reproductiegetal, omvang van de epidemie

- Enkele ondersteunende indicatoren:
  Zelfrapportagegegevens, huisartsengegevens, resultaten uit contactonderzoeken GGD, sentinel surveillance, rioolwatersurveillance

- Indicatoren voor vroegtijdige waarschuwing:
  Verplaatsingsgegevens, nalevingsmonitor, gedragsonderzoeken

Q - Wanneer is het dashboard gereed?

A

- Ik ga de komende tijd aan de slag om dit dashboard te ontwikkelen.
- Ik heb daar geen exacte datum op geprikt.
- Maar het ligt in de rede dat het bij de start van nieuwe versoepeling van maatregelen benut kan worden.
- Begin juni wil ik er wel mee gaan werken.
- Voor mij staat zowel de kwaliteit voorop als samenwerking met partijen zoals de GGD, die al over veel gegevens beschikken.
- Ik kom op korte termijn met een precieze uitwerking van de plannen.

Q – Bent u niet te vroeg met de aankondiging terwijl het systeem nog moet worden uitgewerkt?

A

- Ik vind het van groot belang dat we een instrument ontwikkelen dat de signalering van het virus kan verbeteren.
- Ik ben ervan overtuigd dat dit instrument een sterk toegevoegde waarde heeft. Dat wordt ook ondersteund door het RIVM en het OMT.
- Er is al veel techniek beschikbaar om dit dashboard te ontwikkelen en de verschillende partijen hebben samen veel gegevens ter beschikking.
- Ik ga de komende tijd samen met de minister van JenV, het RIVM, de GGD en de Veiligheidsregio's om tafel om dit systeem verder uit te werken.

Q – Analogie met het app-debacle?

A

- Een nieuw systeem, zoals bij de app het geval is, vergt veel tijd om te leren en nieuw te ontwikkelen.
- Het dashboard is van een andere orde. Het is bedoeld om vooral bestaande gegevens bij elkaar te brengen.
- Dat is een flexibel systeem, waar vanuit technisch opzicht, makkelijk nieuwe informatiestromen aan toegevoegd kunnen worden om oplevingen van het virus in beeld te krijgen.
- Al die gegevens samen geven een beter beeld van de verspreiding van het virus, dan al die gegevens afzonderlijk.
- Zo versterkt dit dashboard de al bestaande RIVM-signaleringsfunctie op infectieziekten.

Q – Waarom niet gekozen voor een 'verkeerslichtensysteem' zoals in Wales?

A.

- Voor mij staat voorop dat alle relevante gegevens bij elkaar gebracht worden om veel beter zicht te krijgen op de verspreiding van het virus.
- Het is aan wetenschappers om vervolgens alle gegevens in gezamenlijkheid te wegen en te bepalen of iets een sterk signaal is, een zwak signaal of juist niet.
- Het is mij om het even of dat signaal met een cijfer, kleurtje of letter wordt geduid.

287404

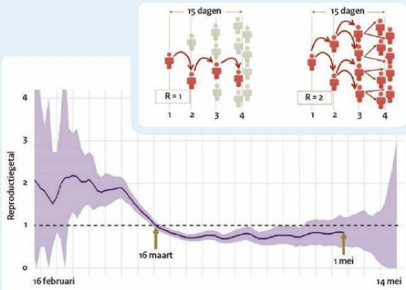
Rijksoverheid

Maximaal controleren: snel en gericht sturen op het coronavirus

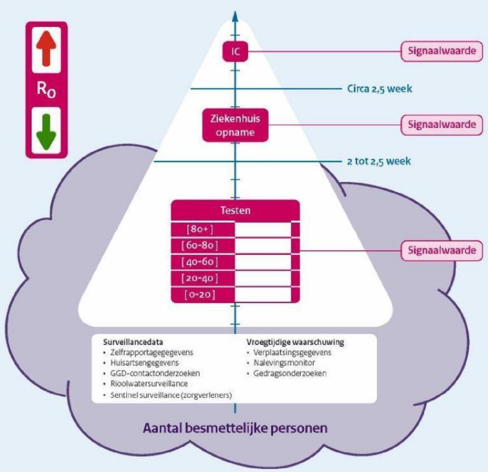
Ankerpunten

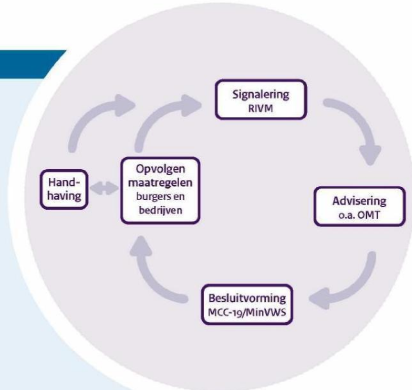
Doelen
1. Beschermen van kwetsbare mensen
2. Acceptabele belastbaarheid van de zorg
3. Zicht en inzicht in het virus

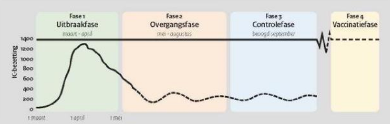
Indicator: reproductiegetal



Indicator: sturen op het virus - *nationaal*







Strategie

Maximaal controleren is de strategie.

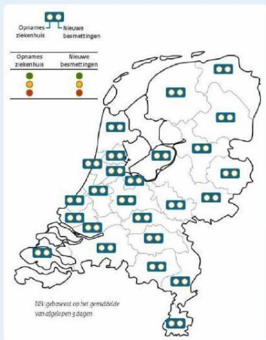
De doelen zijn: 1) beschermen van kwetsbaren en 2) voorkomen dat de zorg overbelast raakt. Hierbij hoort 3) zicht op en inzicht in het virus. Dit is nodig in alle fasen van de aanpak. De uitbraakfase vroeg om een intelligente lockdown om in control te komen. Totdat we beschikken over een vaccin of behandeling is het zaak om in control te blijven. In de huidige overgangsfase versoepelen we stapsgewijs de lockdownmaatregelen.

Vanaf 1 juni testen we iedereen bij klachten. Bij een positieve testuitslag vragen we alle contacten 14 dagen thuis te blijven. Zo versterken we het zicht op de verspreiding van het virus. Zo kunnen we snel en gericht bijsturen en de verspreiding van het virus indammen, daar waar het virus opliert.

Indicator: sturen op het virus - *verpleeghuiszorg*



Indicator: sturen op het virus - *regionaal*



Basisregels voor iedereen

- Heb je verkoudheidsklachten? Blijf dan thuis.
  Ben je ook benauwd en/of heb je koorts? Dan moeten alle huisgenoten thuis blijven
- Houd 1,5 meter afstand.
- Vermijd drukte.
- Werk zoveel mogelijk thuis.
- Was vaak je handen.

287411

Van: (10)(2e)
Aan: (10)(2e); ... Jansen, M. (Manon); ... Dienstpostbus Directiesecretariaat DMO; ... (10)(2e)
Cc: Parlementair (10)(2e)@minvws.nl; DienstpostbusDGLZ
Onderwerp: Procesafspraken Kamerbrief 19 mei DGLZ + inhoudsopgavebrief
Datum: woensdag 13 mei 2020 17:13:06
Bijlagen: Inhoudsopgave TK-brief 19 mei definitief.docx

Beste allen,

Volgende week dinsdag 19 mei wordt de volgende Kamerbrief verstuurd. In het afstemmingsoverleg is vanochtend de inhoudsopgave vastgesteld. **Alleen voor de in de bijlage genoemde onderwerpen wordt gevraagd teksten aan te leveren.** Overige onderwerpen of beantwoording van Kamervragen die niet in de outline staan worden **niet** in de brief opgenomen. Indien er een ander onderwerp is waarvoor het volgens jou nodig is dat dit echt nu aan de Kamer wordt gemeld, dit graag afstemmen met DGLZ/ adviseur DGLZ.

Planning
Vrijdag 15 mei

- Op verzoek van de bewindspersonen gaat een eerste concept van hoofdstuk 1 t/m 4 mee in de weekendtas.

Maandag 18 mei

- 9:30-10:30 uur bespreking conceptbrief hoofdstuk 1 t/m 4 in het afstemmingsoverleg met de bewindspersonen
- **Uiterlijk 15:00 uur afgestemde teksten aanleveren bij DG-adviseur+ DGLZ voor akkoord**
- Na akkoord DGLZ wordt de tekst door DG-adviseur aangeleverd bij PG (coördinator brief).
- Vervolgens wordt de conceptversie van de brief naar de bewindspersonen gestuurd.

Dinsdag 19 mei

- 10:45- 11:45 uur bespreking conceptbrief in het afstemmingsoverleg met de bewindspersonen
- 12:00 uur: DG-adviseurs zetten gevraagde wijzigingen m.b.t. de brief vanuit bewindspersonen uit bij beleidsdirecties
- 14:00 uur: aanleveren teksten bij DG-adviseur + DGLZ voor akkoord DGLZ
- Na akkoord wordt de tekst door DG-adviseur aangeleverd bij PG (coördinator brief).
- Verzending brief

Indien er nog vragen zijn hoor ik het graag!

Vriendelijke groet,
(10)(2e)

Adviseur DG Langdurige zorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5, Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

T 06 (10)(2e)
E (10)(2e)@minvws.nl

287413

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Aan: (10)(2e); (10)(2e); Kleiboer, M.A. (Marieke); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); Jansen, M. (Manon); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); Kroon, L.M.N. (Nicole); (10)(2e); (10)(2e); Dienstpostbus Directiesecretariaat DMO; (10)(2e); Dees, A.J. (Axel); (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e); Bosch, G. van 't (Gerda); (10)(2e)
Cc: Parlementair (10)(2e)@minvws.nl; DienstpostbusDGLZ; Witte, I.L. (Inge)
Onderwerp: Procesafspraken Kamerbrief 3 juni DGLZ + inhoudsopgavebrief
Datum: donderdag 28 mei 2020 16:31:04
Bijlagen: Inhoudsopgave DEF brief 3 juni.docx

Beste allen,

Volgende week woensdag 3 juni wordt de volgende Kamerbrief verstuurd. In het afstemmingsoverleg is vanochtend de inhoudsopgave vastgesteld. **Alleen voor de in de bijlage genoemde onderwerpen wordt gevraagd teksten aan te leveren.** Overige onderwerpen of beantwoording van Kamervragen die niet in de outline staan worden **niet** in de brief opgenomen. Indien er een ander onderwerp is waarvoor het volgens jou nodig is dat dit echt nu aan de Kamer wordt gemeld, dit graag afstemmen met DGLZ/ adviseur DGLZ.

Marieke coördineert het onderdeel Routekaart kwetsbare personen en stuurt hiervoor zo een procesvoorstel (binnen onderstaande deadlines).

Planning
Vrijdag 29 mei

- Op verzoek MVWS verzoek om eerste versie van het onderdeel "routekaart kwetsbare personen" voor de brief aan te leveren voor de tas (deadline tas MVWS 17:00 uur, graag tekst afstemmen met DGLZ)

Dinsdag 2 juni

- 9:30-10:30 uur bespreking onderdelen die in de weekendtas zijn meegegaan.
- **Uiterlijk 13:00 uur afgestemde teksten aanleveren bij DG-adviseur+ DGLZ voor akkoord**
- Na akkoord DGLZ wordt de tekst door DG-adviseur aangeleverd bij PG (coördinator brief).
- Vervolgens wordt de conceptversie van de brief naar de bewindspersonen gestuurd.

Woensdag 3 juni

- 10:45- 11:45 uur bespreking conceptbrief in het afstemmingsoverleg met de bewindspersonen
- 12:00 uur: DG-adviseurs zetten gevraagde wijzigingen m.b.t. de brief vanuit bewindspersonen uit bij beleidsdirecties
- 14:00 uur: aanleveren teksten bij DG-adviseur + DGLZ voor akkoord DGLZ
- Na akkoord wordt de tekst door DG-adviseur aangeleverd bij PG (coördinator brief).
- Verzending brief

Indien er nog vragen zijn hoor ik het graag!

Vriendelijke groet,
(10)(2e)

Adviseur DG Langdurige zorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5, Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

T 06 (10)(2e)
E (10)(2e)@minvws.nl

(10)(2e) (10)(2e)

Van: (10)(2e (10)(2e) (10)(2e)
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 17:59
Aan: (10)(2e) ( )
CC: (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)); (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e))
Onderwerp: FW: protocol zomerkampen voorleggen aan het OMT
Bijlagen: Begeleidende brief protocol.pdf; 20200527_OP KAMP - Protocol zomerkampen in 2020 - Concept def v1.3.pdf; Factsheet kampen concept v3.pdf

Hoi (10)(2e)

Hierbij. toelichting van (10)(2e) spreekt voor zich.

Grt (10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 13:16
Aan: (10)(2e) ( ) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: protocol zomerkampen voorleggen aan het OMT

Ha (10)(2e)

Wil je bij (10)(2e) aangeven dat we graag bijgevoegd protocol willen voorleggen aan het OMT voor deze ronde? (10)(2e) kan tot morgenochtend 9:00 uur vragen doorgeven voor de volgende OMT-adviesaanvraag. Het OMT-overleg is ingepland op 5 juni (vrijdag).

In het kader van toerisme leeft de vraag of kinderen en jongeren op zomerkamp mogen enorm. Dit geldt voor scoutingkampen, schoolkampen, sportkampen enerzijds maar ook kindervakanties voor kinderen uit minder welvarende gezinnen en kwetsbare kinderen (bv. met de Ooienvaarpas in Den Haag). Daarom heeft het Nederlandse Jeugdinstituut samen met Scouting NL en Steunpunt Kindervakanties, YMCA, JongNL, Jantje Beton, NUSO speeltuinen een protocol gemaakt voor zomerkampen. Zij willen graag snel duidelijkheid hierover i.v.m. voorbereidingen.

Groeten,
(10)(2e)

p.s. Mag ik de contactgegevens van (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) NVK)?

Van: Fedde Boersma <(10)(2e)@scouting.nl>
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 11:39
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@nji.nl>; (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <l.(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@nji.nl>
CC: (10)(2e) <(10)(2e)@planet.nl>
Onderwerp: laatste versie protocol zomerkampen 2020

Beste mensen,

Bijgaand de laatste versie van het protocol om in te brengen in de OMT vergadering. De opmerkingen van het NJI van gisteravond zijn hierin nog verwerkt en zoals ik aangaf hebben we t.a.v. de belangrijke zorgen rond de bubbel aanpassingen gedaan/strenger ingezet. In de begeleidende brief de opmerking over buitenland en vragen rond bv noodverordening.

Succes met het verder geleiden van de stukken en dank voor de samenwerking tot nu toe!

(10)(2e) zal dit pakket ook rechtstreeks sturen naar het NVK.

287415

Met vriendelijke groet,

Fedde Boersma
Directeur
Scouting Nederland
Larikslaan 5 • 3833 AM Leusden
Postbus 210 • 3830 AE Leusden
tel +31 (0)33 (10)(2e)
e-mail (10)(2e) @scouting.nl
web www.scouting.nl

LAAT JE UITDAGEN!

29. Nertsen

Q. Hoe groot is het gevaar voor de volksgezondheid?

A.

- Op dit moment wordt het gevaar voor de omwonenden door de onderzoekers als verwaarloosbaar ingeschat.
- Dit is gebaseerd op het onderzoek naar luchtmonsters buiten de stallen maar ook op de genetische bepaling van virusmonsters van de COVID-19 patiënten woonachtig in het postcodegebied van de besmette bedrijven.
- Hoe het risico voor de volksgezondheid zich op de lange termijn ontwikkelt hangt af van of dieren een reservoir kunnen zijn terwijl de uitbraak onder mensen onder controle is.
- Naar reservoirvorming onder dieren vindt nu onderzoek plaats.
- De verwachting is dat dit aan het einde van deze week is afgerond.
- Het OMT-Zoönosen zal vervolgens voor mij en de minister van LNV aangeven wat dit betekent voor het risico voor de volksgezondheid en ons van een advies voorzien zodat we indien nodig ieder vanuit onze eigen bevoegdheden kunnen handelen.

Q: Zijn niet-medische mondkapjes in het OV niet nutteloos tegen het geïnfecteerd raken met Corona?

- Niet medische mondkapjes bij reizigers zijn niet ter bescherming van de reiziger zelf, maar van anderen om hem of haar heen.
- Het besluit om dit verplicht te stellen is ter aanvulling op de hygiënische maatregelen waarin de 1,5 meter afstand niet kan worden aangehouden en waar geen check op symptomen plaats kan vinden.
- De aanname dat de niet-medische maskers geen werking hebben is niet juist. Wel is er een andere werking dan bij medische mondkapjes, namelijk dat de drager de ander beschermt i.p.v. dat de drager wordt beschermd tegen anderen.
- Met werkgevers in het OV is overlegd dat de regel voor het OV wordt dat er professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes gebruikt worden, waarbij goede aansluiting op de mond, kin en neus vereist is.
- Daarnaast gaat het OV weer volop draaien, terwijl er ongeveer 40% van de normale hoeveelheid reizigers wordt vervoerd, Daardoor kan niet in alle gevallen, maar wel meer, de anderhalve meter in de trein ook worden volgehouden. De mondkapjes worden verplicht als extra voorzorg voor de momenten waarop het niet mogelijk is de anderhalve meter vol te houden.

Q: wat heeft het OM gezegd over niet-medische mondkapjes?

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg en dienen gebruikt te worden conform de vigerende adviezen.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

Q: Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?

- De NEN, het onafhankelijk kwaliteitsinstituut, heeft aangeboden om aanbevelingen te maken voor specificaties van niet-medische mondkapjes.
- Deze aanbevelingen zijn op 19 mei gepubliceerd.
- Ik ben er blij mee dat we hiermee meer inzicht krijgen in welke niet medische kapjes allemaal toepasbaar zijn en hoe deze dienen te worden gebruikt. Het is voor Nederland een relatief nieuw product, waarover begrijpelijkerwijs veel vragen leven.
- Deze richtlijn betreft geen dwingend juridisch kader, maar eerder handvatten voor de markt en voor burgers ten aanzien van een goede kwaliteit niet medische maskers.
- We hebben vernomen dat de Europese NEN, de CEN, op korte termijn met een Europees document komt met hetzelfde doel.
- Ik verwacht dat de specificaties van de NEN gaan bijdragen aan een zo goed mogelijke kwaliteit mondkapjes in het OV.

Q: Hoe is de handhaving van het verplicht dragen van niet-medische mondkapjes in het OV geregeld?

- Via de aanwijzing van de minister van VWS aan de voorzitters van de veiligheidsregio's wordt de verplichting voor de niet-medische mondkapjes voor de reizigers in het OV geregeld.
- De verantwoordelijkheid voor de handhaving op mondkapjes in het OV ligt bij de OV bedrijven. Deze zullen reizigers de aanwijzing geven op grond van de wet personenvervoer 2000.
- Wanneer die aanwijzing niet opgevolgd wordt, staat daar een boete tegenover.
- De boete wordt uitgeschreven onder de noemer 'verstoring van de orde in het OV'. En is €95,-.
- Moet de politie aanrukken, is het een overtreding van de noodverordening en is de boete €390,-.

Q: Is het niet schijnveiligheid om een zelfgemaakt mondkapje in het OV te verplichten?

- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.
- Bewijs voor de effectiviteit van niet-medische mondkapjes wordt niet breed gedragen. Het OMT geeft echter wel aan dat niet-medische mondkapjes kunnen bijdragen op plekken waar triage niet mogelijk is en de anderhalve meter niet kan worden aangehouden.

Q: Wat is uw reactie op (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), die stelt dat er voldoende medische mondkapjes voor iedereen zijn.

- De markt voor persoonlijke beschermingsmiddelen staat nog steeds onder druk.
- Het aanbod is variabel van dag tot dag, wij reserveren daarom medische mondkapjes voor de zorg.
- Om te voorkomen dat schaarste in de toekomst weer optreedt, vanwege een verhoogde vraag, stellen wij medische mondkapjes apart van niet-medische mondkapjes.
- De distinctie tussen medische en niet-medische mondkapjes was initieel vaag.
- Wij hebben daarom een duidelijke lijn getrokken tussen medische en niet-medische mondkapjes, door middel van wel of geen CE certificering, en heeft de NEN een beschrijving van niet-medische mondkapjes gemaakt.

Q: Uit onderzoek van RTL Nieuws blijkt dat zelfgemaakte en andere niet-medische mondkapjes wel degelijk helpen om verspreiding van het virus tegen te gaan?

- Ik ben blij om te zien dat de kwaliteit van de commercieel verkrijgbare niet-medische mondkapjes zo hoog ligt.
- Dat ook niet-medische mondkapjes virusdeeltjes goed kunnen tegenhouden en daarmee verspreiding van het virus kan worden voorkomen is bekend.
- Niet-medische mondkapjes moeten goed gebruikt worden om virusverspreiding te voorkomen.
- De filtratie van een mondkapje is belangrijk, maar ook de aansluiting op het gezicht is van belang.
- Daarnaast moet er goede handhygiëne beoefend worden bij het op en afnemen van het masker.
- En blijft staan dat de maskers alleen helpen bij het beschermen van de ander in situaties waar de anderhalve meter niet kan worden gewaarborgd en waar geen check vooraf mogelijk is.

Fractie: PvdT **Kamerlid: Krol**

Vraagnr: 83

Q: Duitse viroloog (10)(2e) uit Kessel, wat kunnen we daarvan leren? Is kabinet bereid hiervan te leren?

- Wij richten ons op de adviezen uit het OMT.
- Wij gaan er vanuit dat zij alle beschikbare informatie afwegen en meenemen.

Dubbel

Q: Wat is uw reactie op (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), die stelt dat er voldoende mondkapjes voor iedereen zijn.

- De markt voor persoonlijke beschermingsmiddelen staat nog steeds onder druk.
- Het aanbod is variabel van dag tot dag, wij reserveren daarom medische mondkapjes voor de zorg.
- Om te voorkomen dat schaarste in de toekomst weer optreed, vanwege een verhoogde vraag, stellen wij medische mondkapjes apart van niet-medische mondkapjes.
- De distinctie tussen medische en niet-medische mondkapjes was initieel vaag.
- Wij hebben daarom een duidelijke lijn getrokken tussen medische en niet-medische mondkapjes, door middel van wel of geen CE certificering, en heeft de NEN een beschrijving van niet-medische mondkapjes gemaakt.

Q: Uit onderzoek van RTL Nieuws blijkt dat zelfgemaakte en andere niet-medische mondkapjes wel degelijk helpen om verspreiding van het virus tegen te gaan?

- Ik ben blij om te zien dat de kwaliteit van de commercieel verkrijgbare niet-medische mondkapjes zo hoog ligt.
- Dat ook niet-medische mondkapjes virusdeeltjes goed kunnen tegenhouden en daarmee verspreiding van het virus kan worden voorkomen is bekend.
- Niet-medische mondkapjes moeten goed gebruikt worden om virusverspreiding te voorkomen.
- De filtratie van een mondkapje is belangrijk, maar ook de aansluiting op het gezicht is van belang.
- Daarnaast moet er goede handhygiëne beoefend worden bij het op en afnemen van het masker.
- En blijft staan dat de maskers alleen helpen bij het beschermen van de ander in situaties waar de anderhalve meter niet kan worden gewaarborgd en waar geen check vooraf mogelijk is.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

Q: Zijn niet-medische mondkapjes in het OV niet nutteloos tegen het geïnfecteerd raken tegen Corona?

- Niet medische mondkapjes bij reizigers zijn niet ter bescherming van de reiziger zelf, maar van anderen om hem of haar heen.
- Het besluit om dit verplicht te stellen is ter aanvulling op de hygiënische maatregelen waarin de 1,5 meter afstand niet kan worden aangehouden en waar geen check op symptomen plaats kan vinden.
- De aanname dat de niet-medische maskers geen werking hebben is niet juist. Wel is er een andere werking dan bij medische mondkapjes, namelijk dat de drager de ander beschermt i.p.v. dat de drager wordt beschermd tegen anderen.
- Met werkgevers in het OV is overlegd dat de regel voor het OV wordt dat er professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes gebruikt worden, waarbij goede aansluiting op de mond, kin en neus vereist is.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

Q: wat zijn uw uitgangspunten betreft niet-medische mondkapjes?

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg en dienen gebruikt te worden conform de vigerende adviezen.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

Q: Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?

- De NEN, het onafhankelijk kwaliteitsinstituut, heeft aangeboden om een richtlijn met specificaties te maken voor specificaties van niet-medische mondkapjes voor reizigers in het OV.
- Ik ben er blij mee dat we hiermee meer inzicht krijgen in welke niet medische kapjes allemaal toepasbaar zijn en hoe deze dienen te worden gebruikt. Het is voor Nederland een relatief nieuw product, waarover begrijpelijkerwijs veel vragen leven
- Deze richtlijn betreft geen dwingend juridisch kader, maar eerder richtsnoeren voor de markt en voor burgers ten aanzien van een goede kwaliteit niet medische maskers.
- We hebben vernomen dat de Europese NEN, de CEN, op korte termijn met een Europees document komt met hetzelfde doel. Ik verwacht dat de specificaties van de NEN gaan bijdragen aan een zo goed mogelijke kwaliteit mondkapjes in het OV.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

Q: Hoe is de handhaving van het verplicht dragen van niet-medische mondkapjes in het OV geregeld?

- De verantwoordelijkheid voor de handhaving op mondkapjes in het OV ligt bij I&W.
- De handhaving berust echter op een noodverordening van VWS. BOA's kunnen een aanwijzing geven om een mondkapje te dragen.
- Wanneer die aanwijzing niet opgevolgd wordt, staat daar een boete tegenover.
- De boete wordt uitgeschreven onder de noemer 'verstoring van de orde in het OV'. En is €95,-.
- Moet de politie aanrukken, is het een overtreding van de noodverordening en is de boete €390,-.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

Q: Is het niet schijnveiligheid om met een zelfgemaakt mondkapje in het OV te verplichten?

- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.
- De aanname dat de niet-medische maskers geen werking hebben is niet juist. Wel is er een andere werking dan bij medische mondkapjes, namelijk dat de drager de ander beschermt i.p.v. dat de drager wordt beschermd tegen anderen.

Vraag: Hoe verhoudt het Nederlandse testbeleid zich tot het testbeleid in andere landen?

- We hebben in Nederland flinke stappen genomen met het testbeleid.
- Met de uitbreidingen naar de nieuwe doelgroepen wordt ons testbeleid logischerwijs steeds ruimhartiger, ook ten opzichte van andere landen.
- Als we vanaf juni iedereen gaan testen is dat uiteraard nog meer het geval. We hebben dan in vergelijking met andere landen een betrekkelijk ruimhartig testbeleid, al moet ik hier wel bij zeggen dat het testbeleid in andere landen ook in beweging is.

Welke doelgroepen worden nu de komende tijd toegevoegd aan het testbeleid?

- Ten eerste zijn jeugdtrainers sinds 30 april toegevoegd als doelgroep
- Vanaf 6 mei kunnen medewerkers in de kinderopvang en het onderwijs getest worden.
- Vanaf 11 mei mensen werkzaam in contactberoepen, zoals kappers, schoonheidsspecialisten, rij-instructeurs, enz.
- Vanaf 18 mei kunnen mantelzorgers, PGB-gefinancierde (in)formele zorgverleners en vrijwilligers in de palliatieve zorg getest worden. Ook medewerkers in de WMO-gefinancierde zorg en in de jeugdzorg kunnen getest worden.
- Ook vanaf 18 mei kunnen medewerkers in het OV en van politie en justitie getest worden.
- Let wel; uiteraard geld bij deze groepen dat ze getest kunnen worden bij klachten. De GGD neemt de testen af.
- In juni kan iedereen met klachten getest worden. De GGD bereidt zich hier nu op voor.

Waarop hangt het nu of het gaat lukken om iedereen te testen?

- De afgelopen weken is met man en macht voorgesorteerd op verruiming van het testbeleid door de testcapaciteit op te schalen.
- Er zijn inmiddels meer dan 50 laboratoria gevalideerd voor Covid-19 diagnostiek.
- Het testlandschap is heringericht: de testcapaciteit wordt optimaal benut door het onderling verdelen van testmaterialen en monsterstromen binnen zeven regionale clusters van medische microbiologische laboratoria (MMLs).
- Een nieuw ICT-systeem waarop komende weken steeds meer laboratoria en GGD'en zullen zijn aangesloten faciliteert en vereenvoudigt dit proces. Dit maakt het voor de GGD een stuk makkelijker om op te schalen.
- De GGD'en zijn flink aan het opschalen en geven aan dat ze het aantal van rond de 30.000 testen per dag aan kunnen.
- Aanschaf van nieuwe machines en testmaterialen: door gecombineerde inspanningen van de Taskforce Diagnostiek, de Speciaal Gezant en VWS zijn inmiddels een aantal grote orders geplaatst of in voorbereiding.

Hoe zit het nou met de GGD'en? Zijn ze wel echt klaar voor grootschalig testen en bron- en contactonderzoek?

- GGD'en zijn volop bezig om op te schalen en ik heb meerdere keren per week contact met ze over hun voorbereidingen.
- GGD'en zijn nooit gestopt met bron- en contactonderzoek.
- Ze geven aan dat ze deze opgave van maximale opschaling per juni waar kunnen maken.
- Er komt een IT systeem beschikbaar dat gaat helpen bij de logistieke en administratieve afhandeling van de processen. Dit helpt de GGD enorm om flink op te schalen.

- Daarnaast trekken sommige GGD'en extra personeel aan en scholen ze dit indien nodig.
- GGD'en kunnen zelf het beste bepalen hoe ze zich goed voorbereiden op deze opgave en uiteraard ben ik in nauw contact met ze om te horen of de voorbereidingen goed verlopen.

Zijn de randvoorwaarden van OMT allemaal ingevuld, ook als het gaat om het testbeleid?

- Ja het OMT benoemt testen als een onderdeel van het ankerpunt 'zicht op de verspreiding van het virus'.
- Het OMT geeft daarbij aan dat het mogelijk moet zijn om iedereen met klachten te testen.
- Daarop bereiden GGD'en zich nu dus voor. Ik ben hierover in nauw contact om te horen over de voorbereidingen goed verlopen.

Voldoende testcapaciteit en uitgebreid bron en contactonderzoek is cruciaal. Kan de minister uitleggen hoe dit er in de praktijk uit gaan zien? Is hiervoor ook de benodigde capaciteit indien een uitbraak plaats gaat vinden in een dichtbevolkt gebied met veel reisbewegingen?

- In de praktijk zal vanaf juni iemand met klachten zich melden bij de GGD. Die voeren een triage uit en plannen een afspraak om te testen.
- De testuitslag volgt meestal de volgende dag. De persoon met klachten moet binnenblijven tot deze uitslag bekend is.
- Als de testuitslag negatief is, kan de persoon weer op normale wijze naar buiten met inachtneming van de afspraken.
- Als de testuitslag positief is, start een bron- en contactonderzoek. Dit start binnen 24u na melding.
- De GGD brengt met de patiënt alle contacten in kaart en informeert deze:

  - Huisgenoten moeten in strikte quarantaine;
  - Overige nauwe contacten krijgen een dringend thuisblijfadvies;
  - Overige (niet nauwe) contacten krijgen informatie over het risico en de te nemen acties.
- Dit alles staat verder uitgewerkt in het protocol bron- en contactonderzoek, dat onderdeel is van de RIVM richtlijn.
- GGD'en bereiden zich voor op deze grote inzet van bron- en contactonderzoek, waarbij er via een stuurgroep van GGD GHOR NL nog gekeken wordt op opschaling en verbetermogelijkheden voor bron- en contactonderzoek.

Hoe komt het dat de GGD'en zelf aangeven dat ze niet klaar zijn voor deze opgave?

- De GGD geeft aan dat de suggestie die de NOS wekt met de berichtgeving niet klopt.
- Bron- en contactonderzoek is een kerntaak van de GGD en ze zijn hier de afgelopen periode ook niet mee gestopt.
- Het klopt dat er verschillende afwegingen zijn gemaakt in verschillende regio's. Maar altijd is tenminste de richtlijn gevolgd.
- De GGD'en zorgen dat ze klaar zijn voor de grote opgave per juni door extra handen aan te trekken en te werken met een nieuw IT systeem dat de logistieke en administratieve processen ondersteunt.

Is het aantal van 30.000 testen vanaf juni wel echt haalbaar?

- Op basis van de informatie vanuit laboratoria en GGD'en ga ik ervan uit dat dit haalbaar is.
- Ik wil wel echt benadrukken dat dit aantal geen doel opzich is. Het is een maximum beschikbaarheid voor als dit nodig is.

- Als het aantal testen minder dan dit blijkt te zijn, dan hoeft dat niet erg te zijn, als we maar weten dat dit niet komt door belemmeringen in het testproces.
- De 30.000 is een schatting gemaakt door het RIVM op basis van aannames over het aantal mensen met luchtwegklachten en het aantal mensen dat zich daarmee meldt.
- Het is natuurlijk niet ondenkbaar dat de daadwerkelijke aantallen daarvan afwijken.

Q&A Serologie
Wantai testen

Waarom is ervoor gekozen centraal kits in te kopen?

- Borgen dat er kits beschikbaar zijn,
- dat kits van hoogwaardige kwaliteit voor individuele patiënten diagnostiek en onderzoek kunnen worden ingezet
  - Hierbij werkt het aanvullend aan de moleculaire diagnostiek voor een select groepje ernstig zieke patiënten
- Dat data wordt gedeeld om kennis te vergroten.
- Dat onderzoek wordt gestimuleerd

Hoe worden de aangekochte serologische kits ingezet?

- Op dit moment zullen deze serologische testen alleen worden toegepast voor
  - (1) individuele patiënten diagnostiek voor vaststellen van COVID-19 als aanvulling op de moleculaire diagnostiek om de juiste behandeling te kiezen.
  - (2) Het gebruik van de kits om kennis over de verspreiding en dynamiek van het virus en de opkomst en beschermende rol van antistoffen tegen SARS-CoV-2 infectie te vergroten.
    - Uitbreiden populatie studies Sanquin en RIVM (Pienter)

        - Bij Pienter maar beperkt aantal kits omdat ze deze alleen gebruiken om eigen kits te valideren.
    - Via ZonMW kunnen onderzoekers de beschikking krijgen over kits uit de nationale voorraad. De uitvraag wordt nog vormgegeven.

Moet er door partijen betaald worden om de kits uit de nationale voorraad te gebruiken?

- Hangt af van de situatie.
- Voor toepassing bij patientdiagnostiek wordt de inkoopprijs gevraagd.
    - Dit om dubbele betaling voor de kits door de overheid (via declaratie van zorgpersoneel en verstrekken van de kits) tegen te gaan
- Voor onderzoek hangt het af of onderzoek via ZonMW wordt geselecteerd of dat onderzoek al gefinancierd is en dus al geld heeft ontvangen om kits te kopen.
    - Dit om dubbele betaling voor de kits tegen te gaan
    - En daarnaast de beoordeling van de onderzoeksvoorstellen door ZonMW te laten verrichten om op een transparante wijze de verdeling van de kits te laten plaatsvinden (om schijn van staatsteun tegen te gaan).

Kan iedereen zomaar getest worden met een aangekochte Wantai test?

- Nee.
- Het is tot op heden nog niet wetenschappelijk onderbouwd dat het hebben van antistoffen betekent dat je veilig bent voor her-infectie.
- Daarom wordt deze test nog niet ingezet met als doel het veiligstellen van individuen omdat dit zorgt voor schijnveiligheid wat een gevaar voor het individu en maatschappij zou kunnen zijn.

Zijn de aangekochte Wantai tests betrouwbaar?

- Ja.
- De order voor deze kits is geplaatst op advies van de taskforce serologie en betreft een serologische test die als beste was geëvalueerd door het RIVM.

Wanneer beginnen we met deze de toepassing van deze Wantai test?

- De eerste kits voor individuele patiënten diagnostiek zullen aankomende maandag gedistribueerd worden.

Wat kunnen we leren van serologisch testen/ hoe helpen deze tests ons?

- De taskforce serologie heeft lacunes in kennis gedefinieerd
- De kits worden dmv ZonMW in te schakelen gedistribueerd aan onderzoeken die voldoen aan de door de taskforce opgestelde randvoorwaarden
- Er zal onderzoek gedaan worden naar:
  - De duur en mate van immuniteit door antistoffen;
  - de typen afweerresponse van het lichaam in reactie op een infectie en
  - de relatie tussen aanwezigheid van antilichamen en ernst van klachten, leeftijdscategorie en comorbiditeit;
  - Wat betekenen antistoffen voor her-infectie, besmettelijkheid en ernst van klachten bij eventuele herinfectie;
  - seroprevalentie (mate van aanwezigheid van SARS-CoV-2 antistoffen in een (sub) populatie) gedurende de tijd gemeten bij de algemene bevolking, inclusief verschillende leeftijdscategorieën en regionale verschillen.

Sneltesten

In Zweden bespreken ze de inzet van sneltesten, waarom niet in Nederland.

- Deze testen zijn niet gevoelig genoeg en dus niet betrouwbaar.

- Daardoor is een negatief testresultaat vaak onbetrouwbaar.
- Het is dan onzeker of de antistoffen echt afwezig zijn.
- Bij een positief testresultaat kan schijnveiligheid ontstaan.
- Dat komt omdat nog onbekend is of de aanwezige antistoffen daadwerkelijk beschermen tegen een nieuwe infectie.
- Sneltesten worden op verschillende plekken in NL geëvalueerd.
- Op dit moment ziet het er niet naar uit dat de sneltesten de kwaliteit van de laboratorium testen kan bereiken.

Waarom maken sneltesten geen onderdeel uit van het testbeleid?

- Veel corona-sneltesten die aan particulieren worden verkocht blijken niet gevoelig genoeg te zijn.
- Daardoor is een negatief testresultaat vaak onbetrouwbaar.
- Het is dan onzeker of de antistoffen echt afwezig zijn.
- Bij een positief testresultaat kan schijnveiligheid ontstaan.
- Dat komt omdat nog onbekend is of de aanwezige antistoffen daadwerkelijk beschermen tegen een nieuwe infectie.
- Iemand zal dan ten onrechte denken beschermd te zijn tegen een coronavirusinfectie.
- Eerder waarschuwde de inspectie tegen zelftesten voor thuisgebruik.
- Op dit moment zijn er nog geen goedgekeurde corona-zelftesten.

- Er mogen daarom geen corona-sneltesten als zelftesten verkocht worden voor gebruik thuis.
- Het kan dat er betere sneltesten beschikbaar komen. Dan zal ik uiteraard opnieuw bekijken wat de meerwaarde van deze testen is.

Hoe zit het precies met het gebruik van zelftesten die thuis uitgevoerd kunnen worden?

- Sneltesten zijn gemaakt voor gebruik in een zorgsetting en dus niet toegestaan voor thuisgebruik.
- Van de inspectie begrijp ik dat veel testen die worden aangeboden 'sneltesten' zijn.
- Deze zijn bedoeld voor gebruik door professionals die daarvoor een opleiding hebben gevolgd.
- Zelftesten voor gebruik door leken moeten beoordeeld zijn door een aangemelde instantie.
- Sneltesten hebben een dergelijke beoordeling niet ondergaan.
- Verkoop van deze testen aan consumenten voor thuisgebruik is daarom niet toegestaan.
- De IGJ handhaaft hier ook op.
- Verkoop van professionele (snel)testen aan consumenten is niet toegestaan.

Als sneltesten illegaal worden gebruikt, worden er dan sancties opgelegd?

- Sanctioneren vindt plaats via de FIOD
- Er is een convenant in de maak waarbij douane, FIOD en IGJ gaan samenwerken
- Op deze manier worden deze partijen nog sneller opgespoord

Zijn er voor zover u weet betrouwbare zelftesten in de maak?

- De inspectie is op de hoogte gebracht van een enkel bedrijf dat interesse heeft getoond om zelftesten op de markt te gaan brengen.
- De beoordeling die een aangemelde instantie hiervoor moet uitvoeren, kan echter enkele weken tot maanden in beslag nemen.
- De inspectie en haar collega toezichthouders uit andere Europese lidstaten verwachten daarom op korte termijn geen zelftesten op de markt.

Wat doet u om mensen actief te waarschuwen voor de problemen met sneltesten?

- De inspectie treedt handhavend op tegen aanbieders die niet aan de eisen voldoen.
- De inspectie heeft hierover sinds 15 maart een waarschuwing op haar website staan.
- De inspectie heeft op 6 mei nog een waarschuwing toegevoegd op haar website waarin het gebruik van sneltesten wordt afgeraden
- Het RIVM heeft een zelfde advies op haar website staan.

Swabs

Is er nog een tekort wat betreft afnamekits voor moleculair testen?

- Nee.
- Door productie in eigen land van swabs
- En een leveringsovereenkomst voor medium met een nieuwe leverancier
- Zijn de afnamekits veiliggesteld. Ook wat betreft de mogelijke vraag van 30.000 tests per dag vanaf 1 juni

Worden alleen nog maar swabs gebruikt die in NL zijn geproduceerd?

- Nee

- De reguliere swabs worden nog steeds geimporteerd
- De in NL geproduceerde swabs worden als aanvulling gebruikt op de reguliere bestellingen
- Dit omdat het gebruik van de geproduceerde swabs in NL onder het gedoogbeleid van de IGJ vallen, wat betekent dat ze worden toegelaten mits er een tekort is.
- De swab producenten zijn wel het CE-traject gestart
- Op den duur zullen de swabs dus niet meer onder het gedoogbeleid van de IGJ vallen.

Zijn de in NL geproduceerde swabs van dezelfde kwaliteit als de reguliere swabs?

- Ja.
- Het RIVM heeft een uitvoerige validatie uitgevoerd en de geproduceerde swabs goedgekeurd
- Verschillende eigenschappen van de swabs worden door het RIVM gevalideerd.
- Met de PCR-validatie wordt gekeken of de swab werkt en dus of je virus kan aantonen als dat in het monster zit dat is afgenomen met de swab
- Met de neusvalidatie wordt beoordeeld of de swab gebruikt kan worden om op de juiste plek in de neus een monster af te nemen
- Dit zijn eigenschappen die de reguliere swab heeft en na de evaluatie is bevestigd dat de geproduceerde swab dit ook heeft.

Fractie: SP **Kamerlid: Marijnissen**

Vraagnr: 24

Q:

- Waarom wordt niet de strategie van maximaal isoleren gehanteerd in plaats van maximaal controleren?

A:

- Isoleren is een essentiële pijler van de strategie van maximaal controleren, conform de OMT adviezen. Ik zet het op een rij:
- Sinds april worden steeds meer groepen getest bij klachten.
- Iedereen met klachten wordt vanaf juni getest.
- Bij positieve uitslag volgt bron- en contactonderzoek .

Huisgenoten wordt geadviseerd strikt 14 dagen thuis te blijven, overige nauwe contacten krijgen het dringend advies om zoveel mogelijk thuis te blijven.

- De GGD houdt contact om zicht te houden op je gezondheid.
- Bij klachten: laat je testen.
- Dat ís dus een strategie van testen, traceren, isoleren en rapporteren. Wat ons helpt om het virus maximaal te controleren.
- Met deze gerichte aanpak hoeven we niet iedereen te vragen thuis te blijven.

- Dit brengt immers veel leed met zich mee voor heel veel mensen, de samenleving en de economie.
- We krijgen het virus er niet mee weg, maar we kunnen het wel onder controle houden.

Spreeklijnen en Q&A

287427

Inhoud

287427

287427

Q&A Bonden

1. **Q: Hoe kan het dat 6 op de 10 medewerkers in de verpleeghuizen en thuiszorg nog werken zonder persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals blijkt uit enquête van FNV**

- Volgens de richtlijnen van het RIVM is het alleen nodig om beschermende middelen te gebruiken bij verpleging, verzorging of lichamelijk onderzoek bij COVID-19- patiënten of mensen met COVID-19-klachten en het niet mogelijk is om 1,5 meter afstand te houden.

- Het is dus niet nodig *altijd* beschermingsmiddelen te gebruiken zoals door de FNV wordt gesuggereerd. Daarom is het heel belangrijk om voordat de zorg plaats vindt elke keer te checken of een cliënt klachten heeft en of de zorg veilig verleend kan worden (het check-gesprek).

- Dit is niet altijd mogelijk en in de praktijk ook niet altijd van tevoren duidelijk. Daarom is vanaf 1 mei expliciet ruimte gegeven aan professionals om op basis van een professionele inschatting beredeneerd af te kunnen wijken van de algemene uitgangspunten. En dus bij gerede twijfel over de aard van de klachten beschermingsmiddelen te gebruiken. In tegenstelling tot wat FNV beweerd is de RIVM-richtlijn dus wel aangepast.

- V&VN heeft hiervoor in samenwerking met IGJ, Actiz, Zorgthuisnl, VGN en RIVM een handreiking opgesteld met handvatten die op 14 mei is gepubliceerd. Daarover heb ik ook gesproken met de vakbonden. De bonden is gevraagd om een voorstel te doen voor een handreiking voor professionals die Wmo ondersteuning verlenen. Dat heb ik vandaag met de bonden afgesproken.
- Voor deze situaties moeten dus ook voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar zijn.

- Algemeen preventief gebruik van PBM door alle zorgmedewerkers is dus niet nodig en niet wenselijk omdat het ook schijnveiligheid kan geven en dit bijdraagt aan de schaarste die we juist willen voorkomen. Uiteraard zijn wel altijd de algemene hygiënemaatregelen nodig.

Q&As mondkapjes in OV/openbare ruimte

1. **Q: Zijn niet-medische mondkapjes in het OV niet nutteloos tegen het geïnfecteerd raken tegen Corona?**

   - Niet medische mondkapjes bij reizigers zijn niet ter bescherming van de reiziger zelf, maar van anderen om hem of haar heen.
   - Het besluit om dit verplicht te stellen is ter aanvulling op de hygiënische maatregelen waarin de 1,5 meter afstand niet kan worden aangehouden en waar geen check op symptomen plaats kan vinden.
   - Niet-medische mondkapjes beschermen van binnen naar buiten. Zij voorkomen daardoor dat de drager een ander besmet.
   - Werkgevers in het OV zullen professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes gebruiken, waarbij goede aansluiting op de mond, kin en neus vereist is.
   - Omdat in het OV de anderhalve meter niet altijd kan worden gehandhaafd en geen check vooraf mogelijk is, heeft het kabinet besloten mondkapjes te verplichten als extra maatregel bovenop de hygiënemaatregelen.

2. Waarom wil het kabinet geen medische mondkapjes in het OV? //Waarom mogen er alleen 'nepmaskers' worden gebruikt?

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting. Het OMT wijst er ook op het belang van de algemene hygienemaatregelen en stelt dat gebruik van mondkapjes in de openbare ruimte weinig meerwaarde biedt en zelfs naleving van de algemene maatregelen hiervan kan schaden. Daarnaast stelt het OMT dat medische mondmaskers voorbehouden moeten blijven aan de zorg.
- Het OMT heeft wel aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet, met alle mitsen en maren, besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld (evt: waar dit bij contactberoepen wel kan). Voor dit doel is het niet noodzakelijk om medische mondmaskers te gebruiken.Dit is ook vergelijkbaar met maatregelen in de landen om ons heen.
- Door te benadrukken dat het om niet-medische mondkapjes moet gaan kunnen medische mondkapjes voorbehouden

blijven aan de zorg en worden niet de indruk gewekt dat er sprake is van bescherming zoals in een medische setting.

3. Q: Wat heeft het OMT gezegd over niet-medische mondkapjes?

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om en anderhalve meter afstand te houden en vooraf een checkvraag te stellen.

4. Q: Is het niet schijnveiligheid om met een zelfgemaakt mondkapje in het OV te verplichten?

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting.
- Het OMT heeft aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld.

5. Q: Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?

- De NEN, het onafhankelijk kwaliteitsinstituut, heeft aangeboden om aanbevelingen te maken voor specificaties van niet-medische mondkapjes.
- Deze aanbevelingen zijn op 19 mei gepubliceerd.
- Deze richtlijn betreft geen dwingend juridisch kader, maar eerder handvatten voor de markt en voor burgers ten aanzien van een goede kwaliteit niet medische maskers.
- Ik ben er blij mee dat we hiermee meer inzicht krijgen in welke niet medische kapjes allemaal toepasbaar zijn en hoe deze dienen te worden gebruikt. Het is voor Nederland een relatief nieuw product, waarover begrijpelijkerwijs veel vragen leven.
- We hebben vernomen dat de Europese NEN, de CEN, op korte termijn met een Europees document komt met hetzelfde doel.

6. Q: Hoe is de handhaving van het verplicht dragen van niet-medische mondkapjes in het OV geregeld?

- Via de aanwijzing van de minister van VWS aan de voorzitters van de veiligheidsregio's wordt de verplichting voor de niet-medische mondkapjes voor de reizigers in het OV geregeld.
- De verantwoordelijkheid voor de handhaving op mondkapjes in het OV ligt bij de OV bedrijven. Deze zullen reizigers de aanwijzing geven op grond van de wet personenvervoer 2000.
- Wanneer die aanwijzing niet opgevolgd wordt, staat daar een boete tegenover.
- De boete wordt uitgeschreven onder de noemer 'verstoring van de orde in het OV'. En is €95,-.
- Moet de politie aanrukken, is het een overtreding van de noodverordening en is de boete €390,-.

7. Q: Uit onderzoek van RTL Nieuws blijkt dat zelfgemaakte en andere niet-medische mondkapjes wel degelijk helpen om verspreiding van het virus tegen te gaan?

- Ik ben blij om te zien dat de kwaliteit van de commercieel verkrijgbare niet-medische mondkapjes zo hoog ligt.
- Dat ook niet-medische mondkapjes virusdeeltjes goed kunnen tegenhouden en daarmee verspreiding van het virus kan worden voorkomen is bekend.
- Niet-medische mondkapjes moeten goed gebruikt worden om virusverspreiding te voorkomen.
- De filtratie van een mondkapje is belangrijk, maar ook de aansluiting op het gezicht is van belang.
- Daarnaast moet er goede handhygiëne beoefend worden bij het op en afnemen van het masker.
- En blijft staan dat de maskers alleen helpen bij het beschermen van de ander in situaties waar geen check vooraf mogelijk is en de anderhalve meter niet kan worden gehandhaafd.

Q&As mondkpajes LCH

8. **Q: Hoe verdeelt het LCH de schaarse spullen?**

- Bij de uitlevering van producten wordt gebruik gemaakt van een verdeelmodel met daarin een toestemmingstabel en een normering opgesteld door LCH en GGD GHOR Nederland (ism LNAZ) en in samenwerking met Gupta Strategists.
- Dit model is gebaseerd op het verdeelmodel van VWS en wordt gebruikt om de maximale vraag te bepalen aan de hand van een aantal parameters (wel / geen zorg aan verdachte/besmette patiënten, wel/geen risicovolle handelingen, aantal medewerkers, sector, etc).
- Indien de vraag hoger is dan volgens dit model het geval is, dan schaalt het model de vraag terug naar een normvraag (maximale vraag). Bij extreme schaarste maakt het model gebruikt van regiokennis van de PBM coördinatoren in de ROAZ regio's. Indien noodzakelijk neemt LCH contact op met instellingen om verschillen tussen vraag en norm te duiden.
- Het aantal dagen dat wordt uitgeleverd is afhankelijk van de mate van schaarste:
    - groen > 4 weken voorraad = 10 dagen PBM uitleveren aan instellingen;
    - geel > 1 – 4 weken voorraad = 5 dagen PBM uitleveren;

  - oranje is 3 – 7 dagen voorraad = 2 dagen PBM uitleveren;
  - rood < 3 dagen voorraad = 2 dagen PBM uitleveren of gemaximeerd op de aanwezige voorraad.

- De huidige voorraadstand bij LCH zorgt ervoor dat op dit moment alles in de categorie Groen (10 dagen) valt, behalve de handschoenen, hier wordt momenteel een max van 5 dagen gehanteerd (op basis van de huidige voorraad).

9. Q: casussen van mondkapjesaanbiedingen (Baudet etc.)

- Op 22 april heeft minister de Jonge een briefje ontvangen van de heer Baudet met een mogelijke aanbieding voor mondbescherming.
- De contacten met betreffende persoon liepen al vanaf 19 maart.
- Meneer heeft een aanbieding gedaan van FFP2-maskers met een CE-certificaat van een niet erkende Notified Body.
- Bovendien was dit certificaat opgesteld nadat een eerste afwijzing was verzonden bij gebrek aan documentatie.
- Het bijgevoegde testrapport is afgegeven door een niet geaccrediteerde instelling.
- Ook de aantallen te leveren maskers waren gedurende het proces steeds niet duidelijk.
- Er is om een sample gevraagd. Deze zou zijn verstuurd maar is nooit ontvangen.
- De prijs is 2x zo veel als de gemiddelde maskers die ook nu worden ingekocht en ook binnenkomt.
- Kortom: er is nooit tot aankoop overgegaan.

- Daarnaast speelt ook nog een tweede lead via de heer Baudet.
- Het LCH heeft de betreffende producten ontvangen. Maar een klein deel hiervan is door de kwaliteitscontrole gekomen, het grootste deel is afgewezen vanwege onvoldoende kwaliteit.

- Het LCH heeft veelvuldig contact gehad. Dit heeft nooit tot een deal geleid. Aangezien LCH momenteel voldoende vaste aanbieders en voorraad FFP-2 maskers heeft is het aanbod afgewezen.

10. Q: Hoe kan het dat 10% van de kapjes niet goed is, en wat gaat u hiermee doen?

- Mondkapjes werden voor Corona ingekocht bij reguliere leveranciers zoals 3M. Nu worden ze daarnaast ook ingekocht vanuit onze Nederlandse productie en zoals bij u bekend is vanuit Azië.
- De producten die het LCH inkoopt zijn veelal van de leveranciers uit Azië. Zij controleert op verschillende momenten op kwaliteit. Daarmee zorgt het LCH er voor dat zij de zorg van goede beschermingsmiddelen voorziet. Dat is het goede nieuws.
- Controle, ook in een teststraat van het RIVM, betekent ook dat beschermingsmiddelen worden afgekeurd. Navraag bij het LCH leert dat eind vorige week ongeveer 11% van de maskers die het LCH had ingekocht zijn afgekeurd. Daarnaast wordt er voor een batch van bijna 4 miljoen FFP2 maskers die niet volledig voldoen aan de geclaimde kwaliteit onderzocht of ze met extra toelichting wel kunnen worden benut in de zorg.
- Een veel voorkomende oorzaak is dat de fabrieken, ook de betrouwbare partners, onder flinke druk staan om met stoom en kokend water de mondkapjes te produceren voor de gehele wereldmarkt en daardoor in voorkomende gevallen niet voldoen aan de door ons gestelde (en afgesproken) kwaliteitseisen.

- Ter illustratie: door de enorme druk op grondstoffen wordt soms gekozen voor de inzet van alternatieve materialen. De neusbeugels die normaliter voor mondkapjes worden gebruikt, zouden kunnen zijn vervangen door inferieure materialen, waardoor de fit dermate is aangepast waardoor het niet meer aan onze kwaliteitseisen voldoet. Op dit soort zaken moeten we dus goed controleren.
- Het LCH blijft in gesprek met leveranciers om dit te verbeteren.
- En heeft inmiddels een deel van de afgekeurde maskers al weer teruggestuurd aan de leveranciers.

11. Q: Waarom kunnen de afgekeurde maskers niet ingezet worden in het OV?

- Op het masker zelf staat het beschermingsniveau waar deze niet aan blijkt te voldoen. Daarmee wordt het inzetten van deze maskers risicovol als ze in handen komen van mensen die niet weten dat er sprake is van afgekeurde maskers en zouden ze zelfs in de zorg terug kunnen komen.

12. Q: Hoe kan het zijn dat er zoveel ondeugdelijke mondkapjes naar Nederland komen (verpleeghuizen)?

- Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering zullen er geen problemen zijn met de kwaliteit van deze mondkapjes.
- Helaas zijn er naast deze reguliere partijen ook cowboys op de markt. Bij niet reguliere leveranciers kan het lastig zijn om het kaf van het koren te scheiden
- Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.
- Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.

13. Q: Wat doen we met oplichters

- Zoals eerder is toegelicht door het LCH is er een vechtmarkt voor persoonlijke beschermingsmiddelen ontstaan.
- Oplichters maken daar helaas ook onderdeel van uit.
- De inzet van de NVWA en het FIOD is daarom belangrijk. Zij zien toe op fraude.
- De FIOD is bevoegd voor (opsporing) van financiële fraude.
- De NVWA is toezichthouder voor persoonlijke beschermingsmiddelen bij gebruik door de consument (maskers bij de bouwmarkt) en waren, zoals de zogenaamde niet-medische maskers voor het OV.
- ISZW ziet specifiek erop toe dat zorgmedewerkers en goed beschermd hun werk kunnen doen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de zorgmedewerker over het juiste type mondmasker moet beschikken voor welke handeling hij moet verrichten.
- De IGJ ziet toe op het leveren van goede zorg, waaronder het gebruik van maskers ter bescherming van de patiënt.
- (eventueel: in praktijk leidt dit ertoe dat ISZW gaat over de zogenaamde FFP maskers, en IGJ over de chirurgische mondneusmaskers.)
- (eventueel: Ik ga nu in gesprek met de gezamenlijke toezichthouders over hoe we oplichterij op de markt kunnen aanpakken.)

14. Q: Waarom duurt het al drie maanden voor het hele proces op orde is?

- Het is een enorme prestatie wat het LCH in niet 3 – maar slechts 2 maanden – heeft bewerkstelligd.
- Als ik even met u kan terugblikken:
  - Voor de coronacrisis zorgde elke zorginstelling zelf voor haar eigen inkoop en voorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zorginstellingen hadden hiervoor hun eigen reguliere kanalen van een beperkt aantal leveranciers.
  - Door de coronacrisis ontstond er een vechtmarkt en dreigden er ernstige tekorten in de zorg. Zorginstellingen hadden daardoor moeite om in deze situatie aan voldoende PBM's te komen
  - op **18 maart** komen daarom de inkopers van diverse academische centra, NFU-bestuur en een aantal leveranciers met het idee om het Landelijke Consortium Hulpmiddelen te starten '*Want we zitten allemaal in dezelfde vijver te vissen'*.
  - Op **23 maart** start de inkoop van Persoonlijke beschermingsmiddelen via het LCH. Reguliere leveringen aan zorginstellingen lopen door. Het LCH koopt in wat *extra* nodig is.
- Laat ik hier wel markeren; bij het opstarten van het LCH, was de vraag voor maskers ineens 61 (!) keer groter dan normaal. In totaal zijn inmiddels door het LCH circa 850

miljoen chirurgische mondmaskers en circa 130 miljoen FFP maskers in orders verwerkt.

- Als ik kijk naar de inkoopcijfers van het LCH van **medio mei** dan kan worden gesteld dat er enorm veel wordt ingekocht. Het LCH geeft aan dat zorgverleners zich kunnen melden als zij niet in staat zijn om aan PBM te komen via de reguliere kanalen.
- Aandachtspunt blijft het transport vanuit China als het gaat om bestendige leveranties.
- Daarom zet het LCH in op alternatief transport zoals schepen en treinen en blijft LCH op zoek naar leveranciers en aanvoerroutes uit andere landen.

15. Q: Behandelt u de grote bedrijven wel met gelijke kansen ten opzichte van de het midden-en kleinbedrijf voor productie in Nederland?

- Er zijn de afgelopen maanden ruim 500 voorstellen binnengekomen bij het team dat zich bezighoudt met het beoordelen van voorstellen voor de opstart van productie in Nederland.
- Alle voorstellen worden op gelijke wijze beoordeeld op haalbaarheid, tijdigheid/snelheid van productie en kwaliteit.
- Ik neem hierbij het besluit over de selectie van kansrijke en relevante proposities, daarbij selecteer ik dus niet op de grootte van bedrijven.
- Er is op dit moment sprake van een mix van klein, middelgroot en grote bedrijven die persoonlijke beschermingsmiddelen gaan produceren voor de Nederlands zorg.

16. Q: Deelt u de mening dat er geen tijd verloren mag gaan bij de ontwikkeling van beschermingsmiddelen van eigen bodem door een gebrek aan ondersteuning vanuit de overheid?

- Om de afhankelijkheden van de aanvoer van PBM's vanuit het buitenland te verkleinen, is het opstarten en opschalen van productie in Nederland van groot belang.
- Ik juich het dan ook toe dat er vanuit bedrijven zelf diverse initiatieven zijn gestart.
- In de afgelopen weken heb ik in nauwe samenwerking met het Ministerie van EZK ook een aantal relevante initiatieven in Nederland ondersteund en zal dat ook blijven doen.
- Het kan hierbij gaan om verschillende vormen van steun, bijvoorbeeld een afnamegarantie, diplomatieke steun, advies bij de certificering van producten of bijvoorbeeld ondersteuning in transport.
- Inmiddels zijn er diverse contracten gesloten voor de productie van beschermingsmiddelen met zowel kleine als grote ondernemingen in Nederland, van de juiste kwaliteit, waarmee kan worden voorzien in een deel van de Nederlandse vraag.

17. Q: Waarom laat u geen preventief gebruik toe in de zorg van medische mondmaskers?

- Ik vind het belangrijk dat personeel in de zorg veilig kan werken.
- Er zijn RIVM richtlijnen opgesteld hoe veilig kan worden gewerkt. Zowel binnen als buiten ziekenhuizen. Deze richtlijnen bieden ruimte voor "professional judgement"
- Die richtlijnen zijn waar nodig ook verduidelijkt samen met de werkgevers en werknemers.
- Werkgevers moeten zorgen dat hun medewerkers conform deze richtlijnen kunnen werken.
- Nog steeds is er sprake van een markt voor beschermingsmiddelen die wereldwijd ontwricht is. Daarbij geldt dus dat we zorgvuldig om moeten gaan met beschermingsmiddelen.
- Daarin past niet dat medische beschermingsmiddelen worden gebruikt in die gevallen dat het niet nodig is.
- Het LCH koopt medische maskers in zodat in de extra vraag naar maskers kan worden voorzien.
- Inmiddels heeft het LCH voldoende medische maskers in bestelling om te voorzien in de vraag die zij ontvangt van zorgverleners.

18. Q: Zijn er nu voldoende mondmaskers voor iedereen in alle zorgsectoren?

- Bij het LCH zijn op dit moment 3,5 miljoen FFP mondmaskers op voorraad en 12 mln. chirurgische mondmaskers.
- Met deze voorraad kan het LCH de vraag, die op dit moment via de portal (waarin alle partijen kunnen bestellen) bekend is, aan voor 12 weken als het gaat om FFP maskers en voor 6 weken als het gaat om chirurgische maskers.
- Daarbovenop komen deze week nog meer dan 2 mln. chirurgische maskers en 5 mln. FFP mondmaskers aan in Nederland.
- In totaal zijn inmiddels circa 850 miljoen chirurgische mondmaskers en circa 130 miljoen FFP maskers besteld.
- Het LCH verwacht daarmee te kunnen voorzien in de toekomstige behoefte aan mondmaskers voor de zorg.
- Het LCH is gevormd om in de extra vraag naar PBM's en medische hulpmiddelen te kunnen voorzien. De reguliere kanalen zijn gebleven. Zorgaanbieders maken ook gebruik van deze reguliere kanalen.

19. Q: Wat vindt u ervan dat marktpartijen buiten de zorg medische maskers aanbieden in Nederland?

- Ik vind het prima als marktpartijen medische maskers aanbieden, maar dan wel aan zorgaanbieders. Daarbij is het natuurlijk van belang dat de maskers voldoen aan kwaliteitseisen en er geen woekerprijzen worden gevraagd.
- Zorgaanbieders hebben zelf reguliere leveranciers en hoe meer leveranciers in Nederland hoe meer medische maskers aan zorgaanbieders aanbieden hoe beter.
- Wat het kabinet niet wil is dat medische maskers worden aangeboden voor niet medisch gebruik. Indien nodig spreek ik de betreffende aanbieders hierop aan.

20. Q: Hebben Mediq en OneMed geen voorkeurspositie? Zij weten alles over de leveringen aan Nederland; is dat wel eerlijk?

- Nee, integendeel. Beide bedrijven zijn bereid geweest dit te doen op kostprijsbasis en verdienen hier, conform de doelstelling van de LCH samenwerking, niet aan.
- Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) is een unieke publiek-private samenwerking. Het LCH is opgericht op initiatief van de zorgsector, in samenspraak met het ministerie van VWS.
- Het LCH is een open consortium - Iedereen die kan voldoen aan de voorwaarden van belangeloosheid en die kennis en expertise kan bijdragen kan deelnemen.
- In het LCH werken deskundigen uit de hoek van zorgaanbieders, distributiebedrijven, transporteurs en producenten van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen samen.
- Het LCH bestaat uit personen en niet uit organisaties en instellingen. Wel brengen deze personen in een aantal gevallen netwerken van hun organisatie in, die kunnen bijdragen aan het oplossen van het PBM tekort in de zorg.
- Leveranciers die in 2019 persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg leverden zijn allen benaderd om mee te doen in het consortium.

21. Q: Hoe kan het zo zijn dat er nu te weinig handschoenen zijn en waarom heeft de heer van der Kolk hier niets over heeft gezegd tijdens de technische briefing? Waarom heeft u eerder niet meer besteld?

- Afgelopen weken konden er minder handschoenen uitgeleverd worden dan er werden aangevraagd.
- Een knelpunt is dat voor de productie van medische handschoenen een beperkte beschikbaarheid is van de benodigde grondstof, waardoor de wereldwijde productie niet makkelijk opgeschaald kan worden om in de toegenomen vraag te voorzien.
- Daarnaast blijft het transport ook een uitdaging: de producten worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Het LCH zet ook treinen en schepen in.
- Door het LCH zijn inmiddels ruim 514 miljoen handschoenen besteld, waarvan nu de eerste 6 miljoen net zijn aangekomen.
- Op dit moment heeft het LCH voldoende handschoenen voorraad om aan de huidige vraag uit de zorg te kunnen voldoen. [afgelopen week zijn er 4,1 mln. handschoenen aangevraagd]

22. Q: Waarom zijn er nog steeds onvoldoende isolatiejassen en schorten? Dit duurt nu al weken! U had toch eerder kunnen voorzien dat er besteld moest worden?

- Knelpunt is op dit moment vooral de schaarse grondstoffen. Dit is een mondiaal probleem.
- Ziekenhuizen en zorginstellingen zetten nu zowel in op gebruik van stoffen jassen als ook hergebruik van jassen.
- Daarnaast moeten de producten worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard gaat met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Het LCH zet ook treinen en schepen in.
- Ik kan u melden dat voor dit moment voldoende isolatiejassen beschikbaar zijn.
- Zo heeft het LCH voldoende producten op voorraad om aan de huidige vraag uit de zorg zoals zij deze ontvangt in haar portal te kunnen voldoen.
- Daarnaast heeft het LCH ruim 73 miljoen isolatiejassen en schorten

23. Q: Het LCH moet nog veel meer inkopen want alle andere aanbieders verkopen troep en verpleeghuizen kunnen zelf de kwaliteit van beschermingsmiddelen niet beoordelen of testen.

- Er zijn in Nederland verschillende leveranciers van beschermingsmiddelen. Ik wil niet dat in deze Kamer het beeld ontstaat dat deze geen goede beschermingsmiddelen aanbieden.
- Ik zou het enorm betreuren als zorgaanbieders geen beschermingsmiddelen van hen af zouden nemen want daar zijn die bedrijven juist voor.
- Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering, is geen testprocedure nodig.
- Het LCH is er om te voorzien in de extra vraag die is ontstaan door de COVID uitbraak.
- Alle instellingen uit de cure en de care sector kunnen via de daarvoor beschikbare portals de benodigde producten die door het LCH worden uitgeleverd bestellen.
- Wel is er helaas een bonanza ontstaan op de markt van beschermingsmiddelen. Daar horen cowboys bij. Toezicht door de NVWA, ISZW, IGJ en het FIOD is daarom belangrijk.
- Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn

er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.

- Indien wenselijk kan ik daarover informatie met de koepels delen.

24. wat is de laatste stand van zaken m.b.t. de Europese aanbestedingen (joint procurement)?

- Er zijn vier raamwerkovereenkomsten getekend tussen de Europese Commissie en ingeschreven bedrijven: twee voor persoonlijk beschermingsmateriaal, één voor beademingsapparatuur en één voor laboratorium materiaal.
- Lidstaten kunnen vanaf dat moment contact opnemen met het bedrijf en de betreffende producten bestellen.
- Het feit dat besteld kan worden betekent overigens niet dat ook tijdig of überhaupt geleverd kan worden.
- De handschoenen kunnen bijvoorbeeld de komende maanden niet besteld worden vanwege de té grote mondiale vraag.
- Nederland is nu aan het inventariseren waar het mogelijk is om wél producten te bestellen.

25. Q In de media verschenen berichten dat België honderden miljoenen mondmaskers heeft ingekocht. Waarom lukt dat Nederland niet?

- Ook het LCH heeft bestellingen van die omvang geplaatst
- Uit cijfers van het LCH blijkt dat zij de volgende middelen in bestelling heeft:
    - Ruim een miljard medische mondmaskers
    - Half miljard handschoenen
    - 200 miljoen isolatiejassen.

Q&As opschalen IC / reguliere zorg

26. Q: Hoeveel covid-patienten liggen momenteel op de IC's?

De stand van zaken op 19 mei (cijfers LCPS):

- Er zijn 323 Covid-patiënten op IC-bedden in ziekenhuizen.
  - Waarvan 321 in Nederland
  - Waarvan 2 in Duitsland

27. Factsheet IC capaciteit

- De reguliere IC-capaciteit (van voor de Covid-crisis) in de Nederlandse ziekenhuizen is in totaal 1150 bedden.

- Per 5 april 2020 is de IC-capaciteit opgeschaald (geweest) van 1150 naar 2400 beschikbare bedden. Hiervan zijn op het hoogtepunt tot circa 1800 bedden tegelijkertijd bezet geweest, waarvan 1378 met Covid-patiënten.

- Daarnaast is er vanuit Duitsland IC-capaciteit aangeboden (tot maximaal 600 IC-bedden). Op het hoogtepunt waren er 58 Nederlandse patiënten op Duitse IC's opgenomen.

- Sinds medio april daalt het aantal Covid-patiënten op de IC. Stand 19 mei:
  - 321 Covid-patiënten op IC's in Nederlandse ziekenhuizen
  - 2 Covid-patiënten op IC's in Duitse ziekenhuizen

- Er is aan LNAZ een plan gevraagd voor een structureel hogere IC-capaciteit in Nederland, die flexibel opschaalbaar moet zijn. Het gaat om capaciteit van 1700 IC-bedden, opgebouwd uit:
  - 350 IC-bedden voor (non-Covid) acute zorg
  - 550 IC-bedden voor (nog-Covid) reguliere zorg
  - 650 IC-bedden voor Covid-zorg
  - 150 IC-bedden als buffercapaciteit voor onvoorziene omstandigheden

- Er is daarnaast aan LNAZ een plan gevraagd voor een flexibele opschaling van IC-capaciteit vanaf 1700 tot circa 3000 bedden. Dit zal o.a. bestaan uit:
  - 600 IC-bedden in Duitse ziekenhuizen
  - 700 tijdelijke IC-bedden in de ziekenhuizen (op o.a. operatiekamers, IC-boxen etc). Om dit mogelijk te maken, zal reguliere (planbare) zorg moeten worden afgeschaald.

- Als het aantal IC-patiënten boven de 3000 zou komen, is een draaiboek opgesteld voor het inrichten van CABU-voorzieningen (COvid Acute Beademings Unit). Dit is geen (normale) IC-zorg.

28. Q: Gupta cijfers laten zien dat er veel minder hartpatiënten behandeld worden. Wat vindt u daarvan?

- Uit het rapport van Gupta komt naar voren dat mogelijk 150.000 tot 200.000 hartpatiënten dit jaar geen zorg krijgen, wat kan leiden tot vele verloren levensjaren.
- De Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie maakt zich hier zorgen om en dat begrijp ik.
- Daarom is het goed dat de NZa voortvarend aan de slag is gegaan om samen met de ROAZen te werken aan de opschaling van de zorg.
- We zien ook in de laatste cijfers dat de verwijzingen weer goed op gang komen en dat de verwijzingen voor de cardiologie een sneller herstel laten zien dan die voor andere specialismen.
- Het is belangrijk dat dit herstel doorzet en we iedereen weer zo snel mogelijk kunnen helpen, en als dat niet in het ziekenhuis kan, dan op afstand. Daar zijn in de cardiologie mooie voorbeelden van te vinden die nu goed opgepakt worden door de specialisten.
- Daarnaast zijn we bezig met het opschalen van de IC capaciteit. Dat moet er voor zorgen dat als er een tweede piek komt, we niet meteen alle reguliere zorg opnieuw hoeven af te schalen. Zodat we niet nog meer hartpatiënten krijgen die moeten wachten op de juiste zorg.

29. Q: Wat doet de NZa wat betreft het opschalen van de reguliere zorg?

- Veel reguliere zorg is uitgesteld vanwege de corona crisis.
- We willen dat deze zorg zo snel mogelijk weer geleverd gaat worden.
- Het is hierbij wel belangrijk dat er rekening gehouden wordt met drie belangrijke uitgangspunten:
  - Er moet voldoende IC capaciteit blijven
  - Het zorgpersoneel moet verantwoord belast worden
  - Alleen zinnige en gepaste zorg moet uitgevoerd worden, en als dat kan op afstand.
- Ik heb de NZa gevraagd om de regie te voeren. Hun aanpak bestaat uit verschillende onderdelen:
  1. Er is een urgentielijst opgesteld die per specialisme aangeeft welke reguliere zorg als eerste opgestart moet worden.
  2. Ze geven inzicht in het aantal verwijzingen en het productieniveau in ziekenhuizen.
  3. Er wordt een overzicht gemaakt van alle initiatieven, kansen en belemmeringen
  4. Er wordt nadrukkelijk gekeken naar alleen opstarten van zinnige zorg en zorg op de juiste plek (wat kan op afstand gebeurt op afstand)
  5. Samen met oa de Patientenfederatie wordt gewerkt aan een landelijke informatiecampagne.

- Het ROAZ coördineert regionaal de opschaling van de zorg en betrekt hierbij de regionale zorgorganisaties en de zorgverzekeraars. De basishouding is: urgentie gaat vóór productie en samenwerking gaat vóór competitie.
- Naast de opschaling van de reguliere ziekenhuiszorg wordt er ook gewerkt aan de opschaling van de huisartsenzorg, ggz, wijkverpleging, paramedische zorg, mondzorg en revalidatiezorg.
- Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet en zal bij het ROAZ en de NZa blijven informeren over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

30. Q: Naar hoeveel IC capaciteit gaat u structureel opschalen?

- Er zal structureel meer nodig zijn dan de 1150 IC-bedden die er voorafgaand aan de Coronacrisis beschikbaar waren. We willen natuurlijk liever niet dat we die extra capaciteit straks moeten inzetten, maar we willen er wel klaar voor staan als het onverhoopt nodig is.
- Op basis van technische berekeningen van het LPCS en NVIC is de inschatting dat er – in ieder geval totdat er een vaccin beschikbaar is – gemiddeld 650 bedden voor Coronapatiënten nodig zijn.
- Die hoeven overigens zeker niet altijd en in totaliteit operationeel te zijn, maar ze moeten wel heel snel beschikbaar zijn als de vraag naar COVID-19 zorg weer toeneemt. En we zullen natuurlijk al eerder op de rem trappen om zo'n toename van Covid-patiënten op de IC te voorkomen.
- Daarnaast moet ook de reguliere zorg weer worden opgeschaald naar het normale niveau (circa 550 bedden) en moeten circa 350 bedden IC beschikbaar zijn voor de acute zorg.
- Met daarbij nog een kleine buffer van 150 bedden voor onvoorziene omstandigheden komen we daarmee uit op een totaal van structureel 1700 IC-bedden.

- Het moge duidelijk zijn een dergelijke structurele opschaling van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is. Dit vergt veel van mensen en middelen, zeker ook zo vlak na een periode die zeer intens is geweest voor het zorgpersoneel.
- We moeten dit dus goed doordenken en met alle partijen (VenVN, FMS, NVZ, NFU en de ROAZ-en) werken aan een gedragen plan. De LNAZ heeft hiertoe van mij een opdracht ontvangen.

31. Q: Welke zorg mogen paramedische zorgverleners op dit moment bieden?

- Sinds 11 mei geldt voor paramedici:
  - Zorg mag face-to-face worden geleverd als patiënt en behandelaar geen Covid-gerelateerde klachten hebben.
  - Dan zijn geen beschermingsmiddelen nodig. Wel moeten de algemene hygiënevoorschriften worden gevolgd. Het RIVM heeft een afwegingskader met meer details gepubliceerd.
  - Bij patiënten met Covid-gerelateerde klachten moet de zorg nog altijd zoveel mogelijk op afstand plaatsvinden of worden uitgesteld.
  - Als dit niet mogelijk is, moet met persoonlijke beschermingsmiddelen worden gewerkt. Hiervoor geldt de door de RIVM en beroepsgroepen opgestelde richtlijn.

32. Q: Kunnen de medewerkers het wel weer aan om gelijk volle bak door te gaan?

- Er is veel zorgpersoneel ingezet bij de zorg voor COVID-19 patiënten. Hierbij hebben we het over zorgverleners die al op de IC werkten maar ook personeel wat tijdelijk 'geleend' is bij andere afdelingen zoals OK personeel.
- Deze mensen hebben de afgelopen weken heel hard gewerkt en vaak meer diensten gedraaid dan normaal onder emotioneel zware omstandigheden.
- Van deze mensen kan niet onbeperkt zoveel gevraagd worden. We móeten rekening houden met de draagkracht en benodigde rustcapaciteit van verpleegkundigen, artsen en ander personeel.
- Dat betekent dus ook dat niet iedereen meteen volle bak door kan gaan. Dit is ook één van de redenen dat de reguliere zorg nog niet 100% terug is op het oude niveau en dat het tijd vergt om dit weer op te schalen.

33. Q: Wie bepaalt er welke patiënt er nu als eerst aan de beurt is bij het opstarten van de zorg?

- Dat bepaalt de zorgverlener zelf.
- Hij kan hierbij gebruik maken van de urgentielijst van de NZa die is opgesteld in samenwerking met het Zorginstituut en medisch professionals.
- Hierin staat welke zorg als eerste moet worden geleverd en welke zorg nog even kan wachten.
- Dit overzicht biedt handvatten voor zorgverleners;
- Maar in individuele gevallen kan hier altijd vanaf geweken worden als – naar professioneel oordeel van de arts – de zorgvraag van een patiënt daarom vraagt.

34. Q: Legt de urgentielijst niet te veel nadruk op de diagnose in plaats van op de klacht waarmee de patiënt komt?

- De urgentielijst is inderdaad opgesteld op basis van diagnoses.
- Dit zijn vrij brede begrippen. Dat geeft natuurlijk geen ultieme, alles-omvattende manier om alle mogelijke zorg te verdelen, maar het is op dit moment wel de beste manier.
- Het is ook geen wetmatigheid, het biedt de zorgverlener een praktisch handvat.
- Als de zorgverlener bepaalt dat op basis van de klacht van de patiënt afgeweken moet worden van de volgorde op de urgentielijst dan kan dat. Een patiënt kan in individuele gevallen altijd sneller geholpen worden, als de zorgvraag van de patiënt daarom vraagt.
- Dat geldt ook de andere kant op, als een patiënt in een diagnosegroep valt die hoog op de urgentielijst staat, maar de klacht hoeft niet snel behandeld te worden dan is nog even wachten met behandelen in deze tijd ook op zijn plaats

35. Q: Kan iedereen inmiddels weer reguliere zorg verkrijgen?

- Ten eerste wil ik benadrukken dat mensen altijd thuisarts.nl raadplegen of contact opnemen met hun zorgverlener als ze denken zorg nodig te hebben.
- Dan wordt samen met de zorgverlener bepaald of zorg op dat moment nodig is en of dat op afstand geleverd kan worden of op een zorglocatie.
- Gelukkig zien we dat het aantal spoedverwijzingen door de huisarts alweer bijna terug is op het niveau van voor de crisis.
- De zorgverleners doen er alles aan om zo snel mogelijk alle benodigde zorg weer op te schalen. Hier zit zeker een stijgende lijn is maar het zit nog niet op het niveau van voor de uitbraak van het Covid-virus.
- Hierbij moet namelijk rekening worden gehouden met de aanwezigheid van voldoende zorgpersoneel, medicijnen en apparatuur (bijvoorbeeld IC-bedden).
- Het ROAZ helpt bij de opschaling van de zorg door dit regionaal te coördineren. Ook de opgestelde urgentielijst biedt houvast en zorgt ervoor dat er goed gemonitord kan worden, zodat mensen in de ene regio niet veel langer moeten wachten dan de in een andere regio.
- Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet. De NZa informeert mij wekelijks over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

36. Q: Wat is de stand van zaken in de revalidatiezorg?

- Beroepsgroepen zijn hard bezig om de nazorg van patiënten met COVID-19 vorm te geven en te organiseren.
- Inzicht in de zorgbehoefte van de patiënt en capaciteit in de verschillende revalidatietrajecten is hier van groot belang.
- Om de zorgpartijen te ondersteunen onderneem ik een aantal acties:
  - Ik heb ZonMw de opdracht gegeven om de totstandkoming van een multidisciplinaire handreiking voor revalidatie/nazorg voor COVID-patiënten te coördineren en aan te sluiten bij de stappen die veldpartijen zelf al hebben gezet. Uit dit traject moet ook blijken welke patiëntgroepen er zijn en welke zorgbehoefte zij hebben.
  - Ik heb het Zorginstituut om advies gevraagd of de aanspraak in de Zvw voor de eerstelijns paramedische zorg passend is om de revalidatiezorg voor patiënten met COVID-19 op een goede manier te kunnen bieden.
- De NZa onderzoekt of er voldoende capaciteit is voor revalidatiezorg, welke patiëntenstromen (inclusief aantallen) er zijn en of er regie nodig is bij de verdeling hiervan. De NZa doet dit in afstemming met ZonMw.

De IGJ inventariseert de actuele situatie in medisch-specialistische revalidatie-klinieken (MSR). Gekeken wordt naar o.a. de huidige MSR-zorg die wordt geleverd aan post IC COVID-19 patiënten en wat de verwachting is in toestroom van patiënten.

Q&A Sport

37. Q: Als volgende week na het OMT-advies wordt besloten dat de fitness eerder open mag, mag dan ook de binnensport open?

- In de OMT-adviesaanvraag loopt naast fitness en sportscholen ook de binnensport mee. Volgende week wordt dat advies bekend.
- Zodra dat er is, zullen we kijken of dit aanknopingspunten biedt om te besluiten of en zo ja, onder welke voorwaarden, de datum van 1 september naar voren kan.
- Vooruitlopend op dat OMT-advies wil ik daarbij wel vast aangeven dat ik me kan voorstellen dat er een differentiatie plaatsvindt in wat er open kan.
- Stel dat triage een punt wordt, stel ik me zo voor dat dat makkelijker is op sportschoolniveau met abonnementen en een toegangspassyteem dan op sporthalniveau, waar mensen veel vrijer in en uit kunnen lopen.
- Maar zoals gezegd wacht ik het eerst het OMT-advies af.

287427

Factsheet Coronacrisis en betaald voetbal

Kernboodschap	• Het Nederlandse betaald voetbal wordt hard geraakt door de coronacrisis. • Spelers en trainers kunnen niet optimaal trainen, hun conditie op peil houden en wedstrijdritme op doen. • Voetbalfans kunnen niet genieten van de wedstrijden. • Niet spelen of spelen zonder publiek leidt tot forse omzet verliezen waardoor clubs in acute financiële problemen kunnen komen. • Het is in eerste instantie aan de clubs zelf om daar zelf, met gebruikmaking van de beschikbare steunpakketten, oplossingen voor te zoeken. • Maar dat is volgens KNVB, Eredivisie en Keuken Kampioen Divisie, onvoldoende om het betaald voetbal te redden. • Zij zijn een overkoepelend plan aan het ontwikkelen. Daarin wordt ook een financiële bijdrage vanuit de rijksoverheid gevraagd. • Wij zijn daarover met hen in gesprek. • Er moet eerst een goed onderbouwd en doortimmerd plan liggen voordat wij überhaupt iets kunnen beslissen.
Huidig beleid	• Op dit moment kunnen clubs beperkt trainen (onder strikte voorwaarden). Waarschijnlijk duurt dit tot 1 september. • Ook zijn wedstrijden in het betaald voetbal, net als andere grote sportevenementen, verboden. • Betaald voetbal is in veel gemeenten vergunningplichtig. Tot 1 september mogen geen wedstrijden worden gespeeld. Het maakt niet uit of er wel of geen publiek aanwezig is. Na 1 september zouden wedstrijden zonder publiek in principe weer mogelijk zijn. Wanneer en onder welke voorwaarden er weer met publiek kan worden gespeeld, is nog onduidelijk. • De regiegroep Voetbal en Veiligheid is voor de verschillende niveaus afspraken aan het maken en protocollen aan het ontwikkelen. In die regiegroep zitten KNVB, gemeenten, politie en OM. Zij staan in nauw contact met de lokale partijen (clubs, gemeenten, veiligheidsregio).
Feiten&cijfers	De KNVB heeft berekend dat het betaald voetbal ongeveer 400 miljoen schade oploopt als er tot het einde van het jaar niet of nauwelijks met publiek kan worden gespeeld. Ongeveer 300 miljoen kunnen zij waarschijnlijk oplossen met eigen middelen en gebruikmaking van de generieke steunpakketten van de Rijksoverheid en ondersteuning van gemeenten. Echter voor de overige 100 miljoen is dit niet afdoende. Daarvoor willen zij een 'financieel vangnet' van de rijksoverheid. De KNVB laat nog weten welke kosten hier precies onder vallen. Vervolgens moeten we bekijken welke financiële instrumenten hiervoor kunnen worden ingezet. Als dat plaatje compleet is, kan er een politiek besluit worden genomen over het al dan niet verlenen van extra steun voor het betaald voetbal.
Actualiteit/politieke aandachtspunten	• Draagvlak voor het spelen van wedstrijden in het betaald voetbal is groot; echter het draagvlak voor financiele ondersteuning van betaald voetbal clubs ligt een heel stuk lager. Dat is mede ingegeven door het beeld van de hoge salarissen voor spelers en het financiele mismanagement bij veel clubs.

38. Q: Wanneer kunnen de competitiewedstrijden in het betaald voetbal weer starten?

A:

- Zoals het er nu voor staat, kunnen vanaf 1 september weer competitiewedstrijden, zonder publiek, worden gespeeld.
- Echter in welke vorm en onder welke voorwaarden is onderwerp van gesprek in de regiegroep Voetbal en Veiligheid waarin KNVB, OM, politie en gemeenten zitting hebben.
- Hierover kan ik u pas in een later stadium meer vertellen.

39. Q: Het stopzetten van het betaald voetbal leidt tot forse financiële consequenties bij de clubs. Gaat u hen hiervoor steun verlenen?

A:

- Ik ben daar nog over in gesprek met KNVB, Eredivisie en Keukenkampioendivisie.
- Zij moeten met een goed plan komen waarin niet alleen gekeken wordt naar de korte termijn maar ook naar de ontwikkeling van de financiële situatie op de langere termijn.
- Ik wil een goed onderbouwd plaatje van de totale schade die wordt geleden, wat clubs/spelers zelf bijdragen aan de oplossing, wat er kan worden gecompenseerd via de steunpakketten van de Rijksoverheid en gemeenten.
- Als dat beeld compleet is zullen we als kabinet kijken of en zo ja hoe het mogelijk is om nog extra ondersteuning aan de branche te geven.

40. Q: Waarom heeft u het scenario in andere Europese landen niet gevolgd? In een aantal landen worden trainingen voorzichtig weer opgepakt en worden wedstrijden zonder publiek gespeeld.

A:

- De omstandigheden verschillen per land.
- Wij hebben er voor gekozen om de sport te laten aansluiten bij de algemene maatregelen die we hebben moeten nemen om de verspreiding van het corona virus tegen te gaan.
- Daarbinnen kijken we steeds wat mogelijk is om het sporten te hervatten.
- Dat heeft tot dit besluit geleid en daar zullen we het mee moeten doen.

41. Q: Er worden weer seizoenkaarten door de clubs verkocht. Betekent dat er weer met publiek kan worden gevoetbald?

A:

- Nee dat is absoluut niet het geval. En ik denk dat de clubs dat ook duidelijk aan hun fans hebben laten weten.
- Of weer met publiek gespeeld kan worden is afhankelijk van de impact hiervan op de verspreiding van het virus.
- Ik vind het wel slim om de verkoop nu wel te starten. Het laat zien hoe groot de betrokkenheid van fans bij club is en misschien dat hiermee een stukje van de berekende schade kan worden beperkt.

42. Q: Is een contactsport zoals voetbal überhaupt wel mogelijk in een 1,5 meter samenleving?

A:

- Het uitoefenen van een contactsport is alleen mogelijk indien wordt voldaan aan de regels van het RIVM
- Indien de 1,5 meter afstand niet kan worden gerealiseerd zijn er mogelijk andere oplossingen. Hierbij kan o.a. gedacht worden aan het testen van voetbalprofs.
- Maar ook daar zal het RIVM eerst advies over moeten geven.
- De regiegroep Voetbal en veiligheid werkt aan protocollen waar ook dit aspect wordt meegenomen

Q&A Casuïstiek

43. Q: Waarom koopt het LCH de beschermingsmiddelen van Sywert van de Linden niet?

- Het LCH heeft al sinds de opstart haar oprichting contact met dhr. van Lienden.
- Het LCH heeft mij laten weten dat dhr. van Lienden (geen 1 miljard chirurgische maskers, maar wel) 120 mln. FFP2 maskers heeft aangeboden.
- Net zoals bij alle partijen, kijken we hier goed naar de kwaliteit en benodigde certificaten en geldt de gebruikelijke kwaliteitsprocedure. Ook hierover zijn we continu in overleg met dhr. van Lienden.
- Er is afgesproken dat hij in ieder geval 40 mln. FFP2 maskers zou leveren aan het LCH. De eerste zending hiervan is onderweg.
- Daarnaast zijn op 15mei jl. chirurgische maskers (3mln) en FFP2 maskers (160K) aangeboden. Het gesprek hierover is nog gaande. De gevraagde prijs van deze maskers is ruim hoger dan waarvoor het LCH deze producten op dit moment in de markt koopt.

44. Q: Er wordt gezegd dat Nederland meer mondkapjes uit China kan halen dan nu gebeurt (Nieuwsuuruitzending – (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)).

- Sinds deze uitzending heeft het LCH weer veel extra ingekocht Inmiddels ruim 842 mln. chirurgische en ruim 126 mln. FFP2 maskers.

Bij doorvragen

- Er zijn verschillende aanbieders van medische beschermingsmiddelen in Nederland. Die leverden ook al aan zorgaanbieders voor de Corona crisis. En die leveringen lopen waar mogelijk ook door.
- Het LCH is er om naast de reguliere inkoopkanalen, beschermingsmiddelen in te kopen die aanvullend nodig zijn in de zorg, als gevolg van de Corona crisis.
- Er lijken nu voldoende medische beschermingsmiddelen voor de zorg handen. Maar voldoende aanvoer en constante kwaliteit blijft een aandachtspunt.
- Ook de grondstoffen voor veel beschermingsmiddelen als mondmaskers en isolatiejassen– meltblown – is vooralsnog maar beperkt beschikbaar is.
- De markt voor beschermingsmiddelen is voorlopig nog ontwricht en we moeten goed voorbereid zijn op een volgende Coronagolf. Kortom: We moeten de situatie van voldoende bestendigen en voorraad opbouwen. Daarover ben ik in gesprek met inkopers en zorgaanbieders.

- Er kunnen nieuwe producenten en aanbieders komen van medische beschermingsmiddelen voor de zorg. Ik kan me daar alles bij voorstellen nu de vraag zo groot is en voorlopig naar verwachting ook blijft. Met name Nederlandse productie juich ik toe.
- Daarbij zeggen wij wel: medische beschermingsmiddelen zijn voor de zorg. Zorg als leverancier dus dat ze daar terecht komen en niet ergens anders en zorg dat ze kwaliteit krijgen.
- En mocht het nodig blijken kan door het LCH nog verder worden opgeschaald en nog meer worden besteld, maar hier blijft gelden wat nu ook al het geval is: het transport en de constante kwaliteit van de bestelde mondkapjes blijven een uitdaging.

45. Q: Waarom organiseert u niet voor alle Nederlanders chirurgische maskers? (suggestie van der Lienden)

- Van Der Lienden suggereert dat er voldoende chirurgische maskers beschikbaar zijn om voor iedereen naar Nederland te halen.
- Dat roept voor mij eerst de vraag op: waarom voor alle Nederlanders mondkapjes?
- Het OMT benadrukt dat het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen, en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Ik kan het niet mooier maken: hier zullen we ons aan moeten houden.
- Verder benadrukt het OMT dat medische mondneusmaskers (dus ook chirurgische) gereserveerd dienen te worden gereserveerd voor gebruik in de zorg conform de vigerende adviezen. Dat vind ik zoals u weet ook heel belangrijk: medewerkers in de zorg moeten beschermd kunnen werken!
- En ja er zijn op dit moment voldoende maskers voor handen om dat te kunnen doen. Daar ben ik blij mee maar we moeten nog wel zorgen dat er ook duurzaam voldoende maskers beschikbaar zijn, ook als er zich weer een volgende Corona golf voordoet. Dat betekent dus bijvoorbeeld dat we aan voldoende voorraden moeten werken.
- Het OMT stelt daarom dat gebruik van niet-medische mondneusmaskers overwogen kan worden in die settings waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

- En laten we ook eens de rekensom doen van voor iedereen in Nederland chirurgische mondkapjes: Van der Lynden noemde in een radioprogramma dacht ik 3 kapjes per dag per Nederlander. Laat het de helft zijn dan zou je per jaar 9 mld chirurgische maskers nodig hebben. Deze kosten nu online pak 'm beet een euro. Dus 9 miljard euro aan mondkapjes voor in principe niet besmette mensen.
- Laten we alsjeblieft in deze ook economische moeilijke tijden het geld inzetten daar waar het nodig is, bijvoorbeeld voor ondernemers die de afgelopen periode veel omzet hebben moeten derven of bijvoorbeeld aan meer IC-bedden in de zorg en de goed geschoolde zorgmedewerkers die daarbij horen.

46. Q: Waarom heeft u het initiatief van snorkelmaskers afgewezen?

- De maskers zijn een mooi innovatief initiatief.
- Er zijn enkele honderden initiatieven bij mij en mijn collega van EZK en het LCH binnengekomen voor productielijnen in Nederland.
- Ieder initiatief is op inhoudelijke criteria beoordeeld in een periode van 2-3 weken.
- Hierbij is onder meer gekeken naar initiatieven die qua bescherming en qua gebruik zo veel mogelijk aansluiten op reeds gebruikte persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Ook wordt gekeken of een initiatief tijdig gerealiseerd kan worden voor de zorg, maar ook naar de vraag of een product voldoet aan de kwaliteitsnormen en certificeringen.
- Het snorkelmasker is daarbij niet geselecteerd en de betrokken partijen hebben daar begin april reactie op gekregen.
- Niets staat partijen in de weg op het product zelf op de markt te brengen, als het aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet.
- De maskers moeten op dit moment worden gecertificeerd door een notified body, niet door VWS.
- Ik heb de notified body geattendeerd op de maskers. Certificering zal evenwel tijd vragen, juist omdat het zo innovatie is kun je het moeilijk vergelijken met een gelijksoortig product.

Geneesmiddelen

47. Q: Halen nog steeds veel patiënten hun medicijnen niet op bij de apotheek?

- Er zijn geen signalen dat veel patiënten hun geneesmiddelen niet ophalen.
- Sinds de invoering van de verschillende corona-maatregelen zagen apotheken in eerste instantie een piek in het ophalen van medicijnen op basis van herhaalrecepten.
- Deze lijkt inmiddels genormaliseerd en wat betreft herhalingsmedicatie op een gebruikelijk niveau te zitten.
- Het zijn met name de eerste uitgiftes van geneesmiddelen die achterblijven als gevolg van een afname in de reguliere zorg door de COVID maatregelen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

48. Q: Gaat u het preferentiebeleid opheffen om tekorten te voorkomen?

- Nee, het preferentiebeleid is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.
- Wel ben ik met zorgverzekeraars in gesprek op welke manier zij bij hun inkoop rekening houden met veranderende omstandigheden op de wereldmarkt in verband met COVID-19.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

49. Q: Worden tekorten veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland?

- Tekorten worden in het algemeen niet veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland maar zijn een wereldwijd probleem.
- Vaak is er sprake van kortdurende leveringsproblemen die worden veroorzaakt door tijdelijke problemen bij productie of distributie.
- De prijs kan wél een rol spelen op het moment dat de productie weer op gang komt en het schaarse middel weer op de wereldmarkt komt.
- Om die reden is het belangrijk dat zorgverzekeraars vroegtijdig aanpassingen in hun inkoop doen op het moment dat er daadwerkelijk een tekort dreigt.
- Ook kan ik in zo'n specifieke casus dat er schaarste is besluiten om de WGP maximumprijs los te laten voor dat specifieke middel.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

50. Q: Hoe wordt bepaald welke geneesmiddelen gemonitord worden?

- De lijst met geneesmiddelen die gemonitord worden is een risicogerichte lijst. Dat wil zeggen dat dit geneesmiddelen zijn die internationaal of nationaal aangemerkt worden als producten die gevoelig zijn voor het optreden van een tekort.
- Er wordt begonnen met een lijst van 25 middelen in een testfase.
- Deze lijst wordt vervolgens gefaseerd uitgebreid
- Het CBG heeft een centrale rol in de samenstelling van de lijst met input vanuit marktpartijen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

51. Q: 25 middelen monitoren is toch veel te weinig, waarom monitor je niet alle geneesmiddelen?

- In de proefperiode worden 25 middelen gemonitord.
- Vervolgens zal gefaseerd worden uitgebreid naar meer middelen op basis van een risicogerichte lijst.
- In overleg met de marktpartijen is gebleken dat dit het beste uitvoerbaar is.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

52. Q: Waarom werkt het meldpunt tekorten niet goed genoeg om momenteel de tekorten te voorkomen?

- De meldingen bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten blijven een belangrijke pijler van de aanpak. De verplichting om verwachte leveringsonderbrekingen te melden bij het meldpunt door handelsvergunninghouders blijft bestaan.
- De monitor is een aanvullend tijdelijk instrument op het Meldpunt tekorten in deze tijd waarin er sprake is van veel onzekerheden in de productie en distributie van geneesmiddelen.
- Door voor specifieke risicogeneesmiddelen aanvullend preventief te monitoren geeft dit partijen de mogelijkheid om maatregelen te nemen die de situatie van een dreigend tekort kunnen verbeteren.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

53. Q: Hoe organiseert het CBG de monitor?

- De marktpartijen van zowel de vraagkant als de aanbodkant leveren gegevens aan bij een trusted third party.
- Deze gegevens worden doorgeleverd aan het CBG die signaleert of er een discrepantie is tussen hoeveel er van een geneesmiddel gevraagd wordt voor de komende maanden en de beschikbaarheid van een geneesmiddel.
- Wanneer hier een discrepantie wordt gesignaleerd neemt het CBG contact op met de betreffende handelsvergunninghouders zodat preventief maatregelen genomen kunnen worden om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

54. Q: Hoe wordt er omgegaan met acute geneesmiddelentekorten bij COVID medicatie?

- Op dit moment zijn er geen signalen dat er in de komende weken acute, onoplosbare tekorten gaan ontstaan van COVID medicatie, zoals IC geneesmiddelen.
- Desalniettemin vind ik het belangrijk om met partijen wel vast na te denken over de handelingsopties bij eventuele tekorten in de toekomst.
- Onder andere het borgen van een goede verdeling van schaarse geneesmiddelen en het maken van keuzes over alternatieve behandelopties zijn belangrijke aandachtspunten.
- Ik praat daarom de komende weken met veldpartijen over wat we al kunnen regelen en uitdenken om bij acute tekorten snel en efficiënt te kunnen handelen.
- Ik betrek hierbij partijen uit de eerstelijnszorg, langdurige zorg en ziekenhuiszorg.
- *[Eventueel: ik zal uw Kamer informeren over de afspraken die ik met partijen hierover maak].*

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

55. Q: Hoe staat het ervoor met geneesmiddelentekorten?

Algemeen

- Onlangs (6 april 2020) heeft het meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten de rapportage over 2019 van het Meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten bekend gemaakt.
- Gebleken is dat er een verdubbeling heeft plaatsgevonden van het aantal verwachte leveringsproblemen (3070 ten opzichte van 1390 meldingen in 2018).
- Het ging om 1965 verschillende geneesmiddelen.
- Een melding hoeft niet te betekenen dat er daadwerkelijk een tekort ontstaat.

COVID-19

- De geneesmiddelenmarkt is door (de gevolgen van) COVID-19 erg onvoorspelbaar geworden, onder andere door lockdowns en productieonderbrekingen in India en China.
- Het risico op geneesmiddelentekorten neemt daardoor in de komende maanden toe.

287427

- Daarnaast is ook de wereldwijde vraag naar COVID-19 gerelateerde middelen, waaronder IC medicatie, sterk toegenomen.
- Goed inzicht in de voorraden en de (verwachte) vraag zijn cruciaal om op tijd dreigende tekorten te signaleren en preventieve actie te kunnen nemen.
- Sinds enkele weken monitort het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) de voorraden en vraag van de corona-gerelateerde IC-medicatie.
- Daarnaast hebben de partijen in de gehele geneesmiddelenketen[1] ingestemd om ook voor de algemene geneesmiddelenvoorziening een monitor in te richten voor een beperkt aantal geneesmiddelen.
- Het CBG heeft hiervoor een risico gerichte lijst opgesteld.
- Dit gebeurt tijdelijk, namelijk zolang de coronacrisis aanvullende risico's met zich meebrengt, en is op vrijwillige basis.
- Partijen kunnen zo zelf preventief maatregelen nemen om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

[1] De leveranciers van geneesmiddelen (de VIG, BOGIN en GLN), de groothandels (BG Pharma, VES), de Stichting Farmaceutische Kerngetallen, de stichting Dutch Hospital Data (DHD), Farmanco en Farminform.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

56. Q: U communiceert helemaal niks over geneesmiddelentekorten, wat gaat u daar aan doen?

- De afgelopen weken is in de kamerbrieven over de stand van zaken over COVID-19 aandacht geweest voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen.
- Aanvullend op het reguliere meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten van de IGJ en het CBG is sinds enkele weken het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen opgericht om de beschikbaarheid van IC medicatie te monitoren.
- Daarnaast komt er vanaf 7 mei een tijdelijke monitor voor (een deel van) de algemene geneesmiddelenvoorziening.
- Daarnaast zullen we in overleg met partijen vanaf juni concrete afspraken maken om de ijzeren voorraad aan te leggen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

57. Q: Is er sprake van acute tekorten?

- Voor geneesmiddelen waar tekorten dreigen heeft de IGJ een tekortenbesluit gepubliceerd, dat betekent dat deze geneesmiddelen bijvoorbeeld uit het buitenland gehaald mogen worden of dat deze geneesmiddelen onder bepaalde voorwaarden door apothekers mogen worden bereid.
- Op dit moment zijn er geen acute tekorten, dat wil zeggen geneesmiddelen waar geen alternatieven voor beschikbaar zijn bekend.

287427

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

58. Q: Wanneer is de IJzeren Voorraad nu eindelijk eens klaar?

- In de kamerbrief van 3 november heeft mijn voorganger aangekondigd dat het aanleggen van een ijzeren voorraad tijd nodig heeft - circa 1,5 tot 2 jaar.
- De uitbraak van het COVID-19 virus heeft tot gevolg dat het aanleggen van de ijzeren voorraad waarschijnlijk meer tijd nodig heeft.
- Begin juni vindt overleg plaats met de werkgroep geneesmiddelentekorten om nadere afspraken te maken over het aanleggen van de ijzeren voorraad.
- Dan is ook het vervolgonderzoek van Gupta Strategists gereed naar de financieringssystematiek van de ijzeren voorraad.
- Een groot deel van de extra kosten zal door de firma's en groothandels zelf worden gedragen.
- Het kabinet investeert 25 miljoen euro per jaar in de ijzeren voorraad voor de periode 2020-2024/2025 (met een oploop in 2020).
- In de zomer zal ik de Kamer nader informeren over de operationalisering van de ijzeren voorraad.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

59. Q: Gaat u meer productie naar Nederland/ Europa halen?

Antwoord

- Eerder was al duidelijk dat de geneesmiddelenketen kwetsbaarder is geworden door het verminderen van het aantal productielocaties en een concentratie daarvan in derde landen (zoals China en India) en de verhoogde vraag op mondiaal niveau naar geneesmiddelen.
- De uitbraak van COVID-19 heeft dit nog duidelijker aangetoond.
- In de motie 25295 (lid Marijnissen en Heerma) is gevraagd om een voorstel voor versterking en uitbreiding van de productie van geneesmiddelen, vaccins en beschermingsmateriaal, in ons land en in Europa.
- De Kamer zal voor de zomer een eerste voorstel ontvangen over de voorgestelde aanpak.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

60. Q: Krijgen we nog wel alle geneesmiddelen uit andere landen?

- Vanwege de sterke internationale dynamiek, zijn, ondanks alle extra inspanningen, tekorten nooit volledig uit te sluiten.
- Verminderde productiecapaciteit door lockdowns, tekorten aan grondstoffen en logistieke uitdagingen door bijvoorbeeld exportverboden spelen daarin een grote rol.
- Er vindt hierover veel contact plaats op diplomatiek niveau, zowel Europees als bilateraal.
- Kortgeleden heeft de Indiase overheid de export van drie partijen hydroxychloroquine naar Nederland goedgekeurd.
- Dit is mede het resultaat van de goede diplomatieke betrekkingen.

Q&As Donorwet

61. Q: Waarom gaat de Donorwet op 1 juli gewoon in?

- Dit is de datum die sinds het begin van de campagne meer dan 1 jaar geleden overal is genoemd.
- Het huidige register is er bovendien niet op berekend om veel langer dan 1 juli in de lucht te blijven en het nieuwe register – met enkele nieuwe functionaliteiten - kan alleen 'live' gaan als de wet van kracht is.
- Tot slot biedt uitstel ook geen zekerheid omdat het verdere verloop van de crisis lastig valt te voorspellen.

62. Q: Donorwet Waarom kiest u er voor om mensen later aan te schrijven?

- Ik zie en begrijp dat Nederlanders veel bezig zijn met de gevolgen van Corona. Ik wil mensen meer tijd gunnen voor de belangrijke keuze over orgaandonatie.
- Daarom zal ik de brieven aan iedereen boven de 18 jaar die nog geen keuze heeft gemaakt pas vanaf 1 september 2020 versturen.
- Ook neem ik voor dit proces meer tijd. Uiteindelijk zal iedereen medio 2021 in het Donorregister staan, hetzij met een actieve keuze, hetzij onder de vermelding 'geen bezwaar tegen orgaandonatie'.

Internationale vergelijking

COVID-19: mondkapjesbeleid omringende landen (algemeen beeld, stand 29-04-2020 10:40)

BELGIË	**Verplicht** per 4 mei in OV, op school en waar 1,5m onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Overheid verstrekt 1 masker + 2 filters per bewoner. Zelfgemaakte mondkapjes of alternatieve mond-/neusbedekking (bv. sjaal) zijn ook toegestaan. Eerder gaf Belgisch RIVM aan dat mondkapjes niet nodig waren. Onder publieke en politieke druk lijkt men dit advies nu te hebben aangepast, ten einde de stap naar afbouw van maatregelen te bespoedigen.
DENEMARKEN	**Niet verplicht** of aangeraden.
DUITSLAND	**Verplicht** per 27 april in OV, winkels en waar 1,5m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Zelfgemaakte mondkapjes of mond-/neusbedekking (bv. sjaal) toegestaan. Veel discussie over medische onderbouwing van advies. Verplichting vooral gebaseerd op suggestie van WHO dat het kan helpen als onderdeel van breder pallet aan preventiemaatregelen, bij tegengaan besmetting van anderen.
FRANKRIJK	**Verplicht** per 11 mei in OV (incl. taxi's), VO en waar 1,5m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen) Aangeraden in winkels (winkeliers mogen van klanten dragen mondkapjes verlangen). Verboden op kleuterschool. Niet aangeraden op basisschool. Per 30 april opent La Poste een e-commerce-platform voor de verkoop van maskers. Werkgevers moeten personeel maskers verstrekken. Scholen moeten ook leerlingen maskers verstrekken. Sociale diensten verstrekken maskers aan kwetsbaren (bv. daklozen). Er lijkt overeenstemming dat het bedekken van mond en neus in de publieke ruimte, bij kan dragen aan het tegengaan bij verspreiding wanneer beperkende maatregelen worden afgebouwd.
ITALIË	**Verplicht** per 4 mei in OV, winkels en daar waar 1m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Mondmaskers in publieke ruimte wordt vooral gezien als een maatregel die helpt verspreiding tegen te gaan als beperkende maatregelen worden afgbeouwd.
LUXEMBURG	**Verplicht** per 20 april in OV, winkels en waar 2m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Mondkapjes aangeraden op scholen (en verplicht in schoolbus). Regering verstrekt 5 mondkapjes per werknemer (voor bedrijven < 50 werknemers) die 20 april opengaan. Luxemburg-stad verspreidt 5 mondkapjes per inwoner. Werkgevers moeten personeel zo nodig maskers verstrekken.
OOSTENRIJK	**Verplicht**. vanaf 1 mei wanneer alle winkels, inclusief contactberoepen weer open gaan. Gaat overigens niet om medische mondmaskers, maar alles dat je mond bedekt lijkt toegestaan. In OV wordt social distancing (nb is hier 1 meter) afgeschaft, omdat het onhoudbaar is. Ook hier geldt wel mondkapjesplicht. Vanaf 15 mei gaat horeca weer open. Personeel moet mondkapjes dragen. Vanaf 29 mei gaan de hotels, toeristische attracties en zwembaden, met social distancing en mondkapjesplicht. Er is geen discussie over mondkapjesplicht. Mensen lijken al blij genoeg dat alles redelijk terug bij normaal geraakt.
SPANJE	**Verplicht** in situaties waar geen 1,5 meter afstand kan worden gehouden. Men adviseert het gebruik van chirurgische/hygiënische mondkapjes, maar dat is niet verplicht. Lichtere versies mogen ook. Men benadrukt dat mondkapjes niet in plaats komen van de wel bekende regels: 1,5m afstand, handen wassen en bedekken bij hoesten/niesen. De overheid heeft chirurgische mondkapjes gratis uitgedeeld en heeft de prijs wettelijk gereguleerd. De maximale prijs is 0.96 euro per chirurgische mondkapje. Op dit moment er zijn voldoende chirurgische/hygiënische mondkapjes, en bijna iedereen op straat draagt er nu een. Andere soorten mondkapjes (met name FFP2) worden in principe gereserveerd voor gebruik bij essentiële beroepen (maar ze zijn ook te koop en kunnen voor ongeveer 8-10 euro's worden gekocht bij apotheken, etc.).
VK	**Niet verplicht.** In Schotland wel geadviseerd. Johnson geeft wel aan dat gebruik in publieke ruimte

	mogelijk kan helpen bij bespeodigen van afbouw beperkende maatregelen. Daar kwam weer kritiek op vanuit de medische wereld.
ZWEDEN	**Niet verplicht** of aangeraden
ZWITSERLAND	**Niet verplicht** of aangeraden. Zwitserland volgt vooralsnog het advies van de WHO, al neemt de kritiek hierop toe nu de buurlanden wel tot verplichting overgaan.
VS	Verplichting verschilt per staat. Mogelijk volgt verplichting in bepaalde situaties, wanneer de lock down wordt teruggeschroefd. Vooralsnog adviseert het CDC het gebruik van mondkapjes in de publieke ruimte, maar het mag hierbij ook gaan om 'stoffen gezichtsbedekking'. Daarbij geeft men aan dat: - Iedereen wordt geadviseerd gezichtsbedekking te dragen als ze naar openbare plekken gaan waar het moeilijk is om afstand te houden, bijvoorbeeld om naar de supermarkt te gaan. - Gezichtsbedekking hoeft niet te worden gedragen door kinderen jonger dan 2 jaar, mensen die moeite hebben met ademhalen, bewusteloos of anderszins niet in staat zijn om het masker zonder hulp te verwijderen. - De gezichtsbedekking is bedoeld om andere mensen te beschermen als u besmet bent. - Gebruik geen gezichtsmaskers die zijn bedoeld voor een zorgverlener. - Hou ongeveer 6 ft (ongeveer 1,8m) afstand tussen uzelf en anderen. De gezichtsbedekking is geen vervanging voor andere maatregelen. - Het CDC geeft aan dat uit recente onderzoeken blijkt dat een aanzienlijk deel van de personen met het coronavirus, geen symptomen heeft ("asymptomatisch") en dat zelfs degenen die uiteindelijk symptomen ontwikkelen ("presymptomatisch"), het virus op anderen kunnen overdragen voordat ze symptomen vertonen. Dit betekent dat het virus zich kan verspreiden tussen mensen die in de buurt met elkaar omgaan - bijvoorbeeld praten, hoesten of niezen - zelfs als die mensen geen symptomen vertonen. Daarom adviseert het CDC om gezichtsbedekkingen van stof te dragen in openbare omgevingen waar andere sociale afstandsmaatregelen moeilijk te handhaven zijn (bijvoorbeeld supermarkten en apotheken), vooral in gebieden waar veel besmettingen voor komen. Het CDC adviseert deze maatregel om de verspreiding van het virus te vertragen. Als extra vrijwillige maatregel voor de volksgezondheid kunnen stoffen gezichtsbedekkingen worden gebruikt die zijn gemaakt van huishoudelijke artikelen of die thuis zijn gemaakt van gewone materialen tegen lage kosten. De aanbevolen bekledingen van stoffen zijn geen chirurgische maskers of N-95-maskers. Dat zijn cruciale benodigdheden die gereserveerd moeten blijven voor gezondheidswerkers en andere medische eerstehulpverleners, zoals aanbevolen door de CDC-richtlijnen

Fractie: SGP **Kamerlid: vd Staaij**

MINVWS

Vraagnr: 56

Q: Erkent de minister dat meer preventief gebruik van mondkapjes besmettingen kan voorkomen?

- Het OMT stelt dat daar geen richtinggevend advies over kan worden gegeven over de werkzaamheid, en dat het geen vervanging is van de bestaande basismaatregelen.
- Daarop heeft het kabinet besloten om gebruik alleen te verplichten in situaties waarin de 1,5 meter structureel niet haalbaar is en waar geen check vooraf van klanten kan plaatsvinden.
- Dat is ook de reden dat er alleen tot verplichting in het OV wordt overgegaan, waar die beide elementen aan de orde zijn.

QA Wat vind u ervan dat veel burgers nu zelf mondmaskers naaien?

- Voor de zorg gelden wettelijke eisen voor de kwaliteit van mondmaskers.
- Ik vind het uiterst belangrijk dat voor de zorg materialen worden gebruikt met de juiste mate van bescherming voor zorgverleners.
- Het LCH heeft vorige week ook laten weten dat zij voldoende voorraad hebben om aan de huidige vraag voor de zorg te voldoen.
- Ik adviseer zorginstellingen daarom deze mondmaskers bij het LCH te bestellen, omdat dan ook de kwaliteit van de middelen geborgd is.
- Voor de zorgverlener adviseer ik de RIVM-richtlijnen voor gepast gebruik van beschermingsmiddelen in acht te nemen.
- Gebruik buiten de zorg staat iedereen vrij, over de toegevoegde waarde hiervan heeft het OMT heeft duidelijke adviezen gegeven.

57 Q Waarom zijn er zoveel kapjes bij het LCH afgekeurd?

- Er is op dit moment 11% van afgekeurd.
- Deze mondmaskers voldoen niet aan de gestelde kwaliteitseisen en worden daarom niet verspreid in de zorgsector.
- Naast de reguliere leveranciers die nog steeds mondmaskers produceren en leveren zie je ook datDe producten die het LCH inkoopt zijn veelal van leveranciers uit Azië en hebben veelal geen CE-markering.
- We stellen hoge eisen aan de hulpmiddelen die beschikbaar worden gesteld aan de zorgverleners in Nederland.

6. Q Afgekeurde kapjes

Hoe kan het dat 10% van de kapjes niet goed is, en wat gaat u hiermee doen?

- Het merendeel van de afgekeurde maskers betreft FFP-2 mondmaskers die zijn afgekeurd op de doorlaatbaarheid van het filter van de mondmaskers voor deeltjes.
- Door de grote vraag naar mondmaskers vindt er binnen korte tijd een grote opschaling plaats in de productie en staat er grote druk op de grondstoffen.
- Hierbij blijkt het moeilijk om een constante, hoge, kwaliteit te behouden.
- Een klein verschil in de productie of gebruikte materialen kan tot een verslechterde kwaliteit leiden.
- Of de afgekeurde maskers veilig en verantwoord op een andere manier kunnen worden ingezet wordt op dit moment onderzocht.

Q Waarom kunnen de afgekeurde maskers niet ingezet worden in het OV?

Antwoord

- Het merendeel van de afgekeurde maskers zijn FFP-maskers. Op deze maskers

Q:

Q: Hoe kan het zijn dat er zoveel ondeugdelijke mondkapjes naar Nederland komen (verpleeghuizen)?

- Door de wereldwijd grote vraag naar mondmaskers is er een vechtmarkt ontstaan waarin ook veel kwalitatief ondermaatse maskers worden aangeboden.
- Het is niet altijd makkelijk om te zien of een partij mondmaskers goed is, zeker niet als deze op afstand worden ingekocht.
- Daarbij zijn er veel foutieve certificaten in omloop. Daarom is het belangrijk om ook de maskers zelf te testen.
- Bij aankopen via het LCH worden de maskers voor uitlevering aan de zorginstellingen getest.
- Indien zorginstellingen zelf maskers kopen, zijn zij verantwoordelijk voor de kwaliteit.
- Ik ben met hen in gesprek over mogelijkheden om dit vorm te geven.

Q: Had er niet in China al vastgesteld kunnen worden dat deze maskers niet de juiste kwaliteit hadden?

Antwoord:

- De producten die het LCH uitlevert, zijn op drie momenten gecontroleerd op kwaliteit:
  - voorafgaand aan aankoop zijn de certificaten van het product opgevraagd,
  - in de fabriek in Azië wordt de kwaliteit van de fysieke producten beoordeeld en
  - bij binnenkomst in het opslagcentrum van het LCH wordt de kwaliteit beoordeeld via een onafhankelijke teststraat door het RIVM.
- Het LCH werkt aan het verfijnen van de kwaliteitscontrole in China.
- In een aantal gevallen wordt er direct vanuit de fabriek geleverd aan Nederland. Daarom is het niet altijd mogelijk om een zending uitgebreid te testen in China.
- Aan de buitenkant is het niet altijd vast te stellen of de kwaliteit voldoende is.

Q: Waarom plaatst u geen testapparatuur in China zodat producten op kwaliteit getest konden worden voordat ze naar Nederland kwamen?

- Het LCH maakt gebruik van zogenaamde sourcing agents om de kwaliteit al in China in de fabrieken te kunnen controleren.
- Vaak worden partijen mondmaskers direct vanuit de fabriek naar Nederland gebracht. Hierbij is het lastig om de gespecialiseerde testen uit te laten voeren.
- LCH is in gesprek met een aantal partijen om de testen in China te verfijnen.

Mondmaskers

Er zijn twee typen mondmaskers. Ten eerste de adembeschermingsmaskers/FFP, deze maskers hebben een filter in zich. De FFP maskers worden gebruikt in de zorg, maar ook andere sectoren zoals asbestverwijdering of chemische industrie. Normaal gesproken worden FFP maskers in zorg niet zo vaak gebruikt, ze worden bijvoorbeeld ingezet bij patienten met tuberculose en het Norovirus. Nu is daar het Corona bijgekomen. Hierdoor werd de behoefte aan FFP maskers in de zorg veel groter. Volgens de richtlijnen van het RIVM, is alleen bij aerosolvormende handelingen in de ziekenhuis- en langdurige zorg FFP maskers nodig.

Het tweede type masker zijn de chirurgische mondneusmaskers. Deze worden normaal gesproken ook al op grotere schaal gebruikt binnen de ziekenhuizen. Deze beschermen tegen druppels en spatten, maar hebben een beperkte filterwerking. Daarnaast beschermen de chirurgische maskers de patiënt tegen overdracht van bacteriën vanuit de zorgverlener. Er zijn 3 verschillende beschermingsniveaus chirurgische mondmaskers. Gelet op de manier van transmissie van Covid-19 (druppel/contact) adviseert het OMT dat in situaties waarin Covid-19 patiënten verzorgt worden, maar geen handelingen verricht worden die aanleiding geven tot aerosolvorming, kan volstaan worden met een chirurgisch masker type IIR.

Bij al deze maskers worden veel dezelfde materialen gebruikt.

Door het coronavirus ligt het gebruik van zowel de FFP maskers als de chirurgische mondneusmaskers in de ziekenhuizen veel hoger. Daarnaast worden deze maskers nu ook in de langdurige zorg gebruikt, waar normaal gesproken veel minder sprake is van virussen.

Bij Corona worden niet alle oudere patiënten opgenomen in het ziekenhuis. Ook gebruikt de langdurige zorg nu soms maskers als er verdenking is van corona.

Gepast gebruik

- Het type handeling bepaald welk type mondmaskers moet worden gebruikt.
- Gelet op de manier van transmissie van Covid-19 (druppel/contact) adviseert het OMT dat in situaties waarin Covid-19 patiënten verzorgt worden, maar geen handelingen verricht worden die aanleiding geven tot aerosolvorming, kan volstaan worden met een chirurgisch masker type IIR.
- Alleen bij aerosolvormende procedures in de ziekenhuis- en langdurige zorg zijn FFP maskers nodig.
- Gepast gebruik van maskers is belangrijk, omdat maskers ook nadelen hebben. FFP2-maskers zitten erg strak het gelaat en filteren dermate sterk dat je dat als zorgverlener niet lang volhoudt, want je krijgt te weinig lucht. Tevens vindt ook verzadiging plaats. Dat komt door het vocht in de ademhaling. Op een gegeven moment wordt het daarom steeds moeilijker

om daardoor te ademen. Men kan hierdoor zelfs flauwvallen. Dergelijke maskers kunnen slechts voor beperkte tijd gedragen worden. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten. Dat levert weer meer risico's op.

Dit betekent dat het gebruik van maskers moeten echt aan specifieke handelingen en specifieke situaties worden gekoppeld. Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen, het niet even om de nek hangen. Bij onjuist gebruik kunnen ze het risico op besmetting zelfs verhogen.

- Het OMT heeft tevens geadviseerd over gebruik van maskers in verpleeghuizen.

- In zijn algemeenheid is hygiëne zoals handenwassen altijd essentieel. Een deel van de overdracht geschiedt namelijk via de handen en dat kan je voorkomen door handen te wassen.

Waarom niet voor burger gebruiken?

OMT heeft daar advies op gegeven. En dan klein percentage dat het wel effect kan hebben, en dat er ook nadelen aan zitten. Veel beter triage,

Waarom geen CE markering in het OV?

Factsheet testen mondmaskers

Welke kwaliteitscontroles worden gedaan voordat de persoonlijke beschermingsmiddelen naar de zorg gaan?

Vooraf aan de aankoop screent het LCH alle leveranciers op een aantal belangrijke criteria zoals betrouwbaarheid, kredietwaardigheid, leverzekerheid (incl. snelheid), volume en prijs. Daarnaast wordt de documentatie van mondmaskers gecontroleerd en wordt in sommige gevallen een sample van de maskers getest.

In de fabriek in Azië wordt de kwaliteit van de fysieke producten beoordeeld via sourcing agents. Deze voeren een visuele inspectie uit op de verpakking, gebruikte materialen en dergelijke.

Tot slot wordt bij binnenkomst in het opslagcentrum van het LCH de kwaliteit beoordeeld via een onafhankelijke teststraat door het RIVM.

1. er wordt gecontroleerd of de papieren en certificaten correct zijn;
2. een arbeidshygiënist controleert de kwaliteit van het hulpmiddel op het vlak van veiligheid en beoogd gebruik;
3. Testen:
   - voor adembeschermingsmaskers (FFP) voeren gekwalificeerde medewerkers met een gecertificeerde testopstelling een test uit, om de doorlaatbaarheid van het filter van de mondmaskers voor deeltjes te controleren en wordt met gespecialiseerde apparatuur gecontroleerd of de mondmaskers goed aansluiten op het gelaat.
   - Voor chirurgische mondmaskers wordt de spatbestendigheid gecontroleerd.

Hulpmiddelen die niet voldoen aan deze normen worden niet verspreid in de zorgsector.

Bij bepaalde KN95-maskers moet aangetekend worden dat het niet makkelijk is om de maskers goed aan het gezicht te laten aansluiten, dit is afhankelijk van de vorm van het gezicht. Bij Chinese KN95-maskers (die wel aan de filtereigenschappen voldoen) hoort de algemene instructie om het masker goed op te zetten en te controleren of deze goed aansluit op het gezicht van de gebruiker en eventueel een extra clip te gebruiken om het masker strakker aan te trekken. Indien deze niet goed aansluit wordt geadviseerd om (indien voorradig) een ander masker te kiezen.

Ondanks dat deze procedure niet geheel conform de wettelijke vereisten is, heeft de staatssecretaris van SZW, gelet op de uitzonderlijke situatie, ermee ingestemd dat deze handelwijze wordt gevolgd. De Inspectie SZW gaat bij inspectie tijdelijk uit van de door het RIVM gehanteerde normen en instructies voor gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen.

Zorginstellingen kunnen ook zelf buiten het LCH om mondmaskers inkopen. Hierbij zijn zij verantwoordelijk voor de kwaliteit ervan. Er zijn in Nederland een aantal organisaties die testen hiervoor kunnen uitvoeren (al dan niet gecertificeerd); dit zijn oa. LUMC; Proqares, TUDelft, Kalibra, BSI, Inspec.

VWS – Directie:

MVWS

Fractie: CU **Kamerlid: Segers**

Vraagnr: 33

Q: RVS en maatwerk, hoe per instelling (VPH) oppakken?

- Ik ben het helemaal eens dat het nu tijd wordt voor de menselijke en sociale kant van het leven van mensen in verpleeghuizen.
- Ik vind het alleen niet verstandig om de bezoekregeling ineens volledig los te laten. Het is belangrijk dat een versoepeling in kleine voorzichtige stapjes gebeurt met strikte randvoorwaarden.
- Ik heb daarom overlegd met de sector en een klankbord groep met vertegenwoordigers van de sector, wetenschappers, ethici en vertegenwoordigers van bewoners en naasten
- Dat heeft geleid tot een gezamenlijk voorstel dat is voorgelegd aan het OMT.
- Op basis van dit kader gaan 25 instellingen "vooruit leren" met de aangepaste bezoekregeling.
- In de volgende fase zal worden opgeschaald naar meer verpleeghuizen

287432

VWS – Directie:

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

Q:

- ...
- ...

Q Wat heeft het OMT toegevoegd aan het voorstel zoals door VWS aan het OMT voorgelegd?

A

- Het voorstel zoals door VWS voorgelegd aan het OMT betrof een breed gedragen voorstel afkomstig van de klankbordgroep. In deze klankbord groep zaten bestuurders, zorgprofessionals, wetenschappers, ethici en vertegenwoordigers van bewoners en naasten.
- Ook is er overleg geweest met de veldpartijen, zoals Verenso en ActiZ.
- Bij het voorstel was een notitie van Verenso over medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen bijgevoegd.
- Deze notitie gaat nader in op een aantal zaken zoals triage van bezoekers en het hygiënebeleid.
- Het OMT vindt het van belang dat de belangrijke aanscherpingen van Verenso worden meegenomen.
- Dit leidt er toe dat de door Verenso uitgangspunten voor medisch handelen worden meegenomen in de handreiking die door de sector zal worden opgesteld. Deze handreiking zal worden gebruikt door de 25 instellingen die "vooruit gaan leren" met de aangepaste bezoekregeling.

Q: Waarom wil het kabinet geen medische mondkapjes in het OV? //Waarom mogen er alleen 'nepmaskers' worden gebruikt?

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden. Het OMT wijst er ook op het belang van de algemene hygiënemaatregelen en stelt dat gebruik van mondkapjes in de openbare ruimte weinig meerwaarde biedt en zelfs naleving van de algemene maatregelen hiervan kan schaden. Daarnaast stelt het OMT dat medische mondmaskers voorbehouden moeten blijven aan de zorg. Letterlijk zegt het OMT het volgende:
- Niet-medische mondneusmaskers beschermen de drager ervan in zeer beperkte mate tegen besmetting. Dit is sterk afhankelijk van de kwaliteit van de materialen, de mate waarin het masker aansluit op het gezicht en het draagcomfort.
- Niet-medische mondneusmaskers dragen mogelijk enigszins bij aan het beperken van verspreiding van COVID-19 door presymptomatische patiënten in openbare ruimten, waar voldoende afstand houden niet altijd mogelijk is.
- Het OMT heeft wel aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden.

- Daarop heeft het kabinet, met alle mitsen en maren, besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld (evt: waar dit bij contactberoepen wel kan). Voor dit doel is het niet noodzakelijk om medische mondmaskers te gebruiken. Niet medische mondkapjes zijn dan ook primair bedoeld om de ander te beschermen tegen de drager. Dit is ook vergelijkbaar met maatregelen in de landen om ons heen.
- Door te benadrukken dat het om niet-medische mondkapjes moet gaan kunnen medische mondkapjes voorbehouden blijven aan de zorg en worden niet de indruk gewekt dat er sprake is van bescherming zoals in een medische setting.

Q Spelen ventilatiesystemen een rol bij de verspreiding van COVID-19?

A

- Het Outbreak Management Team stelt dat op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten er onvoldoende bewijs is dat aerogene transmissie een rol speelt in de verspreiding van het virus.

- De conclusie is dat de rol van ventilatiesystemen in de verspreiding van het virus nog niet duidelijk is, maar dat deze geen rol van belang lijkt te hebben gespeeld in de epidemie.

- Er is daarom geen reden het huidige beleid aan te passen.

Q Wat heeft het OMT toegevoegd aan het voorstel zoals door VWS aan het OMT voorgelegd?

A

- Het voorstel zoals door VWS voorgelegd aan het OMT betrof een breed gedragen voorstel. Het voorstel is tot stand gekomen in overleg met de sector en met actieve inbreng van de klankbordgroep die de versoepeling van de bezoekregeling begeleidt. In deze klankbord groep zitten bestuurders van zorgorganisaties, zorgprofessionals, wetenschappers, ethici en vertegenwoordigers van bewoners en naasten.
- Ook is er overleg geweest met organisaties voor ouderen en voor mantelzorgers.
- Bij het voorstel was een notitie van Verenso over medisch handelen bij bezoek in verpleeghuizen bijgevoegd.
- Deze notitie gaat dieper in op een aantal zaken zoals triage van bezoekers en het hygiënebeleid.
- Het OMT vindt het van belang dat de aanscherpingen van Verenso worden meegenomen.
- Dit leidt er toe dat de door Verenso beschreven uitgangspunten voor medisch handelen worden meegenomen in de handreiking die door de sector zal worden opgesteld. Deze handreiking zal worden gebruikt door de 25 instellingen die "vooruit gaan leren" met de aangepaste bezoekregeling.

1. **Beschermen we OV medewerkers en kappers nu beter dan de zorgmedewerkers?**

   Nee, ook in de zorg, waar de specifieke RIVM richtlijnen, worden persoonlijke beschermingsmiddelen in deze situatie ook voorgeschreven. Die richtlijnen voor de zorg zijn zeer gedetailleerd en zien op bepaalde categorieën bescherming bij bepaalde handelingen.

2. **Er is geen wetenschappelijk consensus over het nut van mondneusbescherming, maar nu wel dit besluit. Het doet een beetje denken aan het besluit over sluiting scholen. Hoe weet u dat het risico hiermee niet juist groter wordt?**

   Het uitgangspunt is 'bescherm de ander'. In ieder geval staat vast dat je door het dragen van mondneusbescherming in zekere mate voorkomt dat je met bijvoorbeeld niezen een ander besmet. Het juiste gebruik van deze maskers is ook zeer van belang. Vandaar de 'bijsluiter' over het beschikbaar hebben van nieuwe middelen, het bewaren en wassen van gebruikte.

3. **Hoe komen burgers aan deze maskers?**

   (PM) Communicatie zelffabricage, productie, distributie

4. **Waarom heeft het kabinet niet besloten tot verstrekking door de overheid, zoals in Frankrijk?**

   Voor de zorg is een centraal vehikel opgebouwd om zo goed mogelijk te borgen dat de diverse zorgsectoren voorzien zijn. Dit zijn andere, meer technische producten met bijzondere specificaties en certificering – zoals u weet is dat nog een behoorlijke opgave.

   Wat het kabinet hier bedoelt met 'mondneusbescherming' is generieker, we gebruiken slechts een aantal criteria: twee lagen katoen, verversen, in plastic zak opbergen en op 60 graden wassen. Daarmee kan de productie en distributie van deze middelen worden overgelaten aan de burgers zelf en het bedrijfsleven – er is voldoende energie beschikbaar om hier snel iets in te organiseren. De overheid zal op heel korte termijn aangeven wat hiervoor de richtsnoeren zijn en zal faciliteren. En het organiseren ervan voor de eigen werknemers door de werkgevers in het OV.

5. **Hoe gaat u dit handhaven? Moet de OV sector zelf iedereen zonder kapjes uit treinen gaan verwijderen?**

   Het gebruik zal door de verschillende betrokken partijen actief worden gemonitord. Als blijkt dat bijvoorbeeld teveel reizigers in OV of beoefenaars van contactberoepen zich niet aan de maatregel houden, zal het kabinet actieve handhaving inrichten. Daarvoor zijn verschillende opties. Dit geldt overigens ook als blijkt dat men toch beschermingsmiddelen gaat toepassen die eigenlijk voor de zorg noodzakelijk zijn, dan zal een verbod op het gebruik ervan volgen.

6. **Waarom neemt het kabinet dit besluit terwijl het RIVM/OMT veel minder stellig is over de meerwaarde van toepassing van deze beschermingsmiddelen?**

   Het OMT adviseert dat het van meerwaarde kan zijn voor bepaalde soorten besmettingen in situaties waarin geen afstand kan worden gehouden. Daarnaast telt het besluit van landen om ons heen en een gevoel van veiligheid van burgers en werknemers in dergelijke situaties. Op basis daarvan neemt het kabinet het zekere voor het onzekere. Mocht de kennis ons bereiken dat er absoluut geen meerwaarde is, dan wordt de maatregel uiteraard ingetrokken, zoals dat voor iedere maatregel geldt.

7. **Hoe komt u op het uitgangspunt 'bescherm de ander'?**

   Er is over het gebruik van mondkapjes geen wetenschappelijke consensus. Wat wel zeker is, is dat het dragen van mondneusbescherming eraan bijdraagt dat als iemand besmet is, deze door het dragen ervan minder snel het virus verspreidt. Hierbij zijn de

basismaatregelen zoals hygiene maatregelen en thuisblijven bij klachten uiteraard essentieel, de mondneusmaskers helpen vooral om binnen de anderhalve meter extra bescherming te bieden.

8. **Er is nu toch genoeg voor de zorg? Waarom verdienen andere beroepsgroepen niet een even goede bescherming?**

   Het is echt een andere opgave, met andere middelen. Bovendien is het voorzien van de zorg in voldoende middelen een behoorlijk uitdaging gezien de schaarste op de wereldmarkt.

9. **U wilt geen 'mondmaskermaatschappij'. Op welke manier past dit besluit daarbij, is het niet juist de aanzet daartoe?**

   Dit besluit is niet bedoeld om iedereen in de publieke ruimte mondmaskers te laten dragen. Het ziet op specifieke situaties waarin de basismaatregelen niet altijd realistisch zijn. Het kabinet is voornemens om telkens zo specifiek mogelijk te zijn in waar mondneusmaskers wel en juist niet zijn verplicht.

10. **Wat gaat u doen als werkgevers in het OV niet op tijd voldoende middelen kunnen realiseren of als blijkt dat men toch medisch toepasbare middelen toepast?**

    Uiteraard zijn deze besluiten afgestemd met de OV sector. Deze heeft mij te kennen gegeven de besluiten te verwelkomen en de maatregelen te kunnen realiseren. Verder zal het kabinet de implementatie nauwgezet monitoren en waar nodig extra maatregelen treffen om te kunnen handhaven, bijvoorbeeld door het gebruik van medische bescherming expliciet te verbieden.

Waarom mogen sportscholen, fitnesscentra en binnen sporten niet starten?

- Op basis van de literatuur is er geen goede risico-inschatting te maken van de kans op verspreiding van SARS-CoV-2 door binnen sport.
- Wel is het aannemelijk dat sport de kans op overdracht van het virus vergroot en dat het risico van binnen sporten groter is dan dat van buiten sporten, ook wanneer men zich aan dezelfde maatregelen houdt.
- Anderhalve meter afstand is waarschijnlijk niet in alle gevallen voldoende om het risico op overdracht van het virus tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen. Onduidelijk is welke onderlinge afstand afdoende zou zijn.

Waarom wordt vastgehouden aan 1 september als mogelijke openstelling?

- We varen daarin op het kompas van de experts in het OMT die aangeven dat eerdere opening van de sportscholen onverantwoord zou zijn
- Dit heeft te maken met de onduidelijkheid die er nog bestaat rondom de zogenaamde "aerosolen", de kleine virusdeeltjes
- Deze deeltjes zouden volgens een aantal onderzoeken kunnen overleven in de lucht en zouden wanneer iemand sport of beweegt een grotere afstand dan 1,5 meter kunnen afleggen
- Met name in binnen locaties zou dit kunnen leiden tot een verdichting van het virus en daarmee een besmettingshaard kunnen vormen
- Wetenschappers hebben nog onvoldoende inzicht over de rol die aerosolen spelen in de verspreiding van het virus en hoe dit tegen kan worden gegaan
- Om het risico op besmettingshaarden in de sport te voorkomen, is het advies van de experts in het OMT om binnen sporten voorlopig niet toe te staan
- Het OMT ziet gezien de onzekerheden onvoldoende onderbouwing om een richtinggevend advies uit te brengen over het loslaten van het concept van gefaseerde versoepeling zoals aangegeven in de routekaart van het kabinet.
- Op basis van dat advies heeft het kabinet de opening van de fitness op 1 september gezet

Wanneer is het zinvol om verder te praten over vervroegde opening?

- Sportscholen, fitnesscentra en binnen sporten kunnen op basis van het afwegingskader dat RIVM heeft vastgesteld voor deze bedrijven de protocollen aanscherpen.
- Het is belangrijk eerst wat stappen verder te zijn in het proces om te kijken wat de effecten zijn van andere versoepelingen.
- Eind juni kunnen we op basis van de dan beschikbare wetenschappelijke gegevens een besluit nemen.

Hoe ziet het steunpakket voor sportscholen, fitnesscentra en binnen sporten eruit en wanneer kunnen bedrijven hier gebruik van maken?

Q1 Verhaal NRC mondkapjes OV.

Niet medische mondkapjes bij reizigers zijn niet ter bescherming van de reiziger zelf, maar van anderen om hem of haar heen.

Het besluit om dit verplicht te stellen is ter aanvulling op de hygienische maatregelen waarin de 1,5 meter afstand niet kan worden aangehouden en waar geen check op symptomen plaats kan vinden.

De aanname dat de niet-medische maskers geen werking hebben is niet juist. Wel is er een andere werking dan bij medische mondkapjes, namelijk dat de drager de ander beschermt ipv dat de drager wordt beschermd tegen anderen.

Met werkgevers in het OV is overlegd dat de regel voor het OV wordt dat er professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes gebruikt worden, waarbij goede aansluiting op de mond, kin en neus vereist is.

2. Factsheet OMT advies mondkapjes OV. 4

Uitgangspunten persoonlijke beschermingsmiddelen

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg en dienen gebruikt te worden conform de vigerende adviezen.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
  Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

3. Q: Richtlijn VWS tav reizigers en personeel OV 5

- Reizigers en personeel in het OV dragen niet-medische mondkapjes.
- Dit zijn kapjes zonder CE markering. CE markeringen geven aan wanneer een kapje een medisch hulpmiddel is en dus voor de zorg is bestemd.
- Reizigers kunnen mapjes kopen of zelf maken.
- Personeel kan gebruik maken professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes.
- Voor interventies komen speciale interventie kits beschikbaar met PPF2 maskers, vergelijkbaar met de politie.
- Kinderen onder de 13 hoeven geen mondkapje te dragen, conform het OMT advies.

4. Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?

De NEN, het onafhankelijk kwaliteitsinstituut, heeft aangeboden om een richtlijn met specificaties te maken voor specificaties van niet-medische mondkapjes voor reizigers in het OV.

Ik ben er blij mee dat we hiermee meer inzicht krijgen in welke niet medische kapjes allemaal toepasbaar zijn en hoe deze dienen te worden gebruikt. Het is voor Nederland een relatief nieuw product, waarover begrijpelijkerwijs veel vragen leven.

Deze richtlijn betreft geen dwingend juridisch kader, maar eerder richtsnoeren voor de markt en voor burgers ten aanzien van een goede kwaliteit niet medische maskers.

We hebben vernomen dat de Europese NEN, de CEN, op korte termijn met een Europees document komt met hetzelfde doel. Ik verwacht dat de specificaties van de NEN gaan bijdragen aan een zo goed mogelijke kwaliteit mondkapjes in het OV.

287442

Nieuwsuur heeft de noodverordeningen bestudeerd op basis waarvan de bezoekregeling verpleeghuizen is gebaseerd. De constatering van Nieuwsuur is dat de beheerder van de instelling (i.c. de bestuurder) kan besluiten de instelling weer open te doen en dat er geen rechtsgrond is om bezoek te verbieden.

Reactie:

Op basis van het OMT-advies heeft het kabinet verschillende maatregelen aangekondigd om verdere verspreiding van Covid-19 te voorkomen. Een van die maatregelen was het preventief weren van bezoek en alle anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg. Rechtvaardiging hiervoor is het belang van de volksgezondheid wat mee brengt dat bewoners van verpleeghuizen, als kwetsbare groep, beschermd moeten worden.
In de noodverordeningen is dit vormgegeven door te stellen dat de beheerder toestemming moet geven voor het aanwezig zijn in de instelling. Uitgangspunt daarbij is dat bezoek wordt geweerd.

De noodverordeningen dienen te worden gelezen in samenhang met de aanwijzing aan de voorzitters van de veiligheidheidsregio's, die voor hun regio op basis van de aanwijzing een noodverordening vaststellen om het kabinetsbeleid uit te voeren. In de aanwijzing aan de veiligheidsregio's van 24 april jl. is het volgende opgenomen: "Het kabinet heeft besloten dat alle verpleeghuizen en kleinschalige woonvormen in de ouderenzorg maatregelen moeten treffen om bezoek en alle anderen die niet noodzakelijk zijn voor de basiszorg preventief te weren."
Vervolgens wordt in de aanwijzing de opdracht gegeven aan de voorzitters van de veiligheidsregio's om waar nodig hun bevoegdheden op het terrein van openbare orde en veiligheid in te zetten als problemen worden ervaren met het weigeren van bezoekers. Verder staan er in de aanwijzing voorbeelden op grond waarvan incidenteel van het uitgangspunt kan worden afgeweken. Het gaat hier bijvoorbeeld om uitzondering voor bezoek tijdens de stervensfase, of voor structurele vrijwilligers. Een beheerder zal deze uitgangspunten moeten meenemen opdat hij goede zorg kan bieden.
Daarnaast is het weren van bezoek in deze acute fase conform geldende wetgeving één van de aspecten om goede zorg te leveren in zeer bijzondere omstandigheden. In het behandeladvies van de specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) is de bezoekregeling ook opgenomen.

Overigens wordt de bezoekregeling door VWS gefaseerd en gecontroleerd versoepeld. De pilotlocaties waar hiermee wordt geoefend vormen één van de uitzonderingen op het weren van bezoek waar de aanwijzing van 24 april jl. van spreekt.

Ten slotte, los hiervan, speelt dat de huidige maatregelen tot stand zijn gebracht in een acute, onvoorziene crisissituatie. De verordeningen vormen een voor de ontstane crisissituatie belangrijk en noodzakelijk juridisch kader. Het kabinet vindt het belangrijk voor de structurele verankering op korte termijn een voorstel in procedure te brengen voor wetgeving, met daarin delegatiegrondslagen voor nadere maatregelen. Zie hierover ook de kamerbrief: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/01/tk-voorbereiding-tijdelijke-wetgeving-maatregelen-covid-19.

287454

Zoonosen structuur: organisatie en verantwoordelijkheden

Het wettelijke kader voor de infectieziektebestrijding ter bescherming van de volksgezondheid, is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Hiervoor is de minister van VWS beleidsverantwoordelijk. Maatregelen ten aanzien van besmettelijke dierziekten zijn mogelijk op grond van de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren (Gwwd). Hiervoor is de minister van LNV beleidsverantwoordelijk. Dit is uitgewerkt in een structuur voor het bestrijden van humane infectieziekten bij het ministerie van VWS. Het ministerie van LNV heeft een eigen structuur voor het bestrijden van besmettelijke dierziekten. Beide structuren zijn robuust, opschaalbaar bij een crisis en dragen bij aan een effectieve bestrijding van infectieziekten zowel bij mens als bij dieren.

Naar aanleiding van de evaluatie van de Q-koortsuitbraak is besloten de advisering rondom zoönosen parallel te trekken aan de reeds bestaande **O**utbreak**M**anagement**T**eam-**B**estuurlijk**A**fstemings**O**verleg structuur. Dat betekent dat bij een zoönose (zoals nu het aannemelijk geval is de overdracht van COVID-19 van nertsen naar mens) de twee bestaande structuren moeten samenkomen waarbij sprake is van een OMT-Zoönosen (OMT-Z) en een BAO-Zoönosen (BAO-Z).

Na opschaling van beide departementen vanwege de uitbraak van een zoönose heeft de DGV van VWS de lead. Het uitgangspunt bij opschaling van beide ministeries vanwege de uitbraak van een zoönose is samenwerken in een gezamenlijke crisisorganisatie. De gezamenlijke crisisorganisatie omvat alle benodigde voorzieningen en faciliteiten en bestaat uit betrokken medewerkers van VWS en LNV.

De DGV stelt, in overleg met DG-Agro, het **G**ezamenlijk**B**eleids**T**eam in. De DGV is voorzitter van de gezamenlijke crisisorganisatie. Het GBT vraagt het OMT-Z om advies. In het OMT-Z zitten naast de reguliere OMT deelnemers ook hun veterinaire partners.

DGV van het ministerie van VWS roept in samenspraak met de DG Agro van het ministerie van LNV het BAO-Z in. In het BAO-Z zitten naast de reguliere deelnemers ook hun veterinaire partners. De sectorpartijen nemen alleen het eerste deel van het BAO-Z deel en zijn niet bij de besluitvorming.

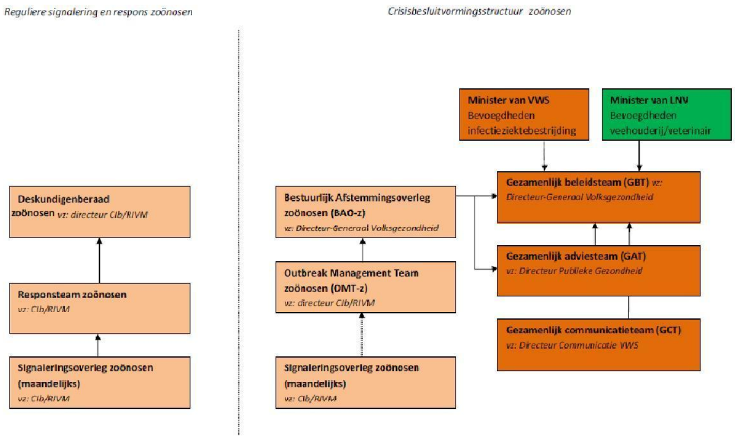
De taak van het BAO-Z is om bij een (mogelijke) uitbraak of crisis de door het OMT-Z geadviseerde maatregelen te beoordelen op politiek-bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid. Het BAO-Z maakt een BAO-Z advies en legt dit voor aan de minister van VWS en van LNV. Beide bewindspersonen, besluiten op basis van het BAO-Z advies.

In de zoönosen crisisstructuur nemen de bewindspersonen van VWS en LNV dus gezamenlijk de besluiten vanuit de eigen verantwoordelijkheid, waarbij het volksgezondheidsbelang leidend is. Deze besluiten kunnen betreffen zowel maatregelen ter bescherming van de volksgezondheid als de diergezondheid.

In dit geval met betrekking tot het COVID-19 virus en nertsen ligt de verantwoordelijkheid van de minister van VWS de volksgezondheid en de verantwoordelijkheid van de minister van LNV bij de diergezondheid en de nertsensector.

287454

SIGNALERING, RESPONS EN CRISISBESLUITVORMING ZOÖNOSEN



Zoönosenstructuur: organisatie en verantwoordelijkheden

Het wettelijke kader voor de infectieziektebestrijding ter bescherming van de volksgezondheid, is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Hiervoor is de minister van VWS beleidsverantwoordelijk. Maatregelen ten aanzien van besmettelijke dierziekten zijn mogelijk op grond van de Gezondheids- en welzijnswet voor dieren (Gwwd). Hiervoor is de minister van LNV beleidsverantwoordelijk. Dit is uitgewerkt in een structuur voor het bestrijden van humane infectieziekten bij het ministerie van VWS. Het ministerie van LNV heeft een eigen structuur voor het bestrijden van besmettelijke dierziekten. Beide structuren zijn robuust, opschaalbaar bij een crisis en dragen bij aan een effectieve bestrijding van infectieziekten zowel bij mens als bij dieren.

Naar aanleiding van de evaluatie van de Q-koortsuitbraak is besloten de advisering rondom zoönosen parallel te trekken aan de reeds bestaande humane structuur voor de bestrijding van infectieziekten.

Binnen deze zogenaamde zoönosenstructuur vindt samenwerking en communicatie plaats tussen de verschillende humane en veterinaire organisaties. Signalen kunnen vanuit verschillende bronnen afkomstig zijn (ratten kunnen zowel gezelschapsdier als wild zijn). In het maandelijkse Signaleringsoverleg zoönosen (SO-Z) beoordelen deskundigen uit zowel de humane als de veterinaire sector onder voorzitterschap van het RIVM op gestructureerde wijze regionale, landelijke en internationale signalen van mogelijk zoönotische aard afkomstig uit verschillende sectoren en dierreservoirs. In het SO-Z wordt beoordeeld of er naar aanleiding van de signalen vervolgacties noodzakelijk zijn. Soms zijn de signalen urgent waardoor er eerder ad hoc een overleg wordt georganiseerd en wordt opgeschaald. Vervolgstappen in de beoordeling vinden afhankelijk van de ernst van het signaal plaats in: Responsteam zoönosen (RT-Z), Deskundigenberaad zoönosen (DB-Z) of, in geval van een crisis, het Outbreak managementteam zoönosen (OMT-Z).

Dat betekent dat bij een uitbraak van een zoönose - zoals nu het aannemelijk geval is bij de overdracht van COVID-19 van nerts naar mens - de twee bestaande structuren samenkomen waarbij sprake is van een OMT-Z en een Bestuurlijk afstemmingsoverleg-Zoönosen (BAO-Z). In geval van door het OMT-Z geadviseerde maatregelen, beoordeelt het BAO-Z deze op bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid. Deze publiek bestuurlijke partners stellen een advies op aan de bewindslieden van VWS en LNV.

Na opschaling van beide departementen vanwege de uitbraak van een zoönose heeft de directeur-generaal Volksgezondheid (DGV) van het ministerie van VWS de lead. Het uitgangspunt bij opschaling van beide ministeries vanwege de uitbraak van een zoönose is samenwerken in een gezamenlijke crisisorganisatie. De gezamenlijke crisisorganisatie omvat alle benodigde voorzieningen en faciliteiten en bestaat uit betrokken medewerkers van VWS en LNV.

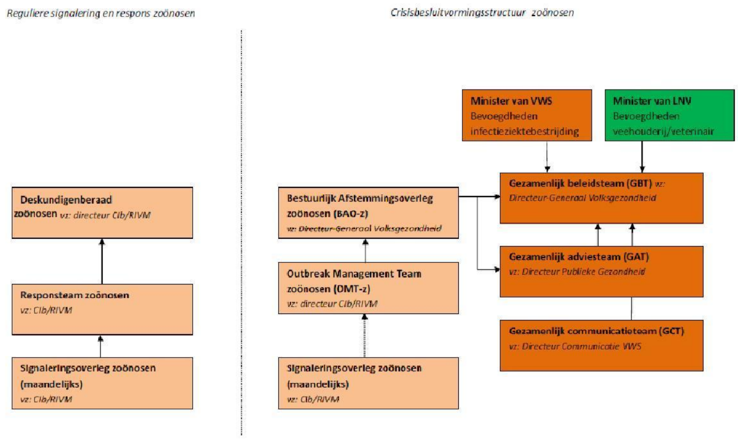
De DGV stelt, in overleg met de directeur-generaal Agro van het ministerie van LNV, het Gezamenlijk Beleidsteam (GBT) in. De DGV is voorzitter van de gezamenlijke crisisorganisatie. Het GBT vraagt het OMT-Z om advies. In het OMT-Z zitten naast de reguliere OMT-deelnemers ook hun veterinaire partners.

De DGV roept in samenspraak met de DG Agro het BAO-Z in. In het BAO-Z zitten naast de reguliere deelnemers ook hun veterinaire partners. De sectorpartijen nemen alleen het eerste deel van het BAO-Z deel en zijn niet bij de besluitvorming.

De taak van het BAO-Z is om bij een (mogelijke) uitbraak of crisis de door het OMT-Z geadviseerde maatregelen te beoordelen op politiek-bestuurlijke haalbaarheid en wenselijkheid. Het BAO-Z maakt een BAO-Z advies en legt dit voor aan de minister van VWS en van LNV. Beide bewindspersonen, besluiten op basis van het BAO-Z advies.

In de zoönosencrisisstructuur nemen de bewindspersonen van VWS en LNV dus gezamenlijk de besluiten vanuit de eigen verantwoordelijkheid, waarbij het volksgezondheidsbelang leidend is. Deze besluiten kunnen betreffen zowel maatregelen ter bescherming van de volksgezondheid als de diergezondheid.

SIGNALERING, RESPONS EN CRISISBESLUITVORMING ZOÖNOSEN



Spreeklijn Mondneusbescherming

CONTACTBEROEPEN

- Het kabinet heeft het OMT om advies gevraagd over het besmettingsrisico dat ontstaat bij het heropenen van contactberoepen, zoals kappers.
- Het OMT heeft mij hierover geadviseerd en op basis daarvan heeft het kabinet het volgende besloten.
- Contactberoepen waarvan de uitoefening eerder verboden was, kunnen hun activiteiten vanaf 11 mei hervatten op basis van de door hen opgestelde protocollen, passend bij het advies van het OMT.
- Ik roep beoefenaars van een contactberoep op om strikte hygiënemaatregelen te hanteren en triage toe te passen, waarbij geldt zowel cliënten als werknemers thuisblijven in het geval zij klachten hebben die passen bij COVID-19 of een huisgenoot hebben met koorts en/of benauwdheidsklachten.
- Daarbij geldt dat mondneusbescherming niet verplicht is.
- Het kan desgewenst wel worden toegepast mits het gaat om niet-medische mondneusbescherming zodat beschermingsmiddelen voor de zorg, beschikbaar blijven voor de zorg.

Openbare ruimte/Openbaar vervoer

- Daarnaast is het OMT gevraagd om advies over de rol van mondneusbescherming in de openbare ruimte, in het bijzonder in situaties waarin het houden van 1,5 meter afstand in het gedrang komt, zoals het openbaar vervoer.

Spreeklijn Mondneusbescherming

- Het OMT kan geen richtinggevend positief advies omdat eenduidig bewijst ontbreekt. Daarom stelt het OMT dat mondneusbescherming overwogen kan worden op plekken waar de 1,5 meter in het gedrang komt en triage niet mogelijk is. Dit geldt bijvoorbeeld voor het openbaar vervoer, dat gaandeweg meer reizigers zal vervoeren.
- Het kabinet heeft daarom besloten om per 1 juni het dragen van mondneusbescherming in het openbaar vervoer verplicht te stellen voor reizigers. Het dragen hiervan geldt vanaf nu al als een advies.
- Ook hier geldt dat het niet-medische mondneusbescherming moet zijn, zodat dit niet ten koste gaat van de beschikbaarheid van mondkapjes voor de zorg.
- VNO-NCW en MKB Nederland zullen samen met partijen, op basis van een kwaliteitsrichtlijn, zich op korte termijn richten op het beschikbaar maken van deze bescherming.
- Daarnaast zal snel informatie voor reizigers beschikbaar zijn.
- Ook in sommige landen om ons heen geldt een verplichting tot het dragen van mondneusbescherming in het openbaar vervoer. Ook in deze landen ligt daar geen eenduidige wetenschappelijke kennis aan ten grondslag en België en Duitsland hebben aangegeven dat een sjaal voldoende is.

Huishoudelijke hulp

- Naast medewerkers die vanuit zorginstellingen zorg verlenen zijn er ook tal van mensen die een bijdrage

Spreeklijn Mondneusbescherming

leveren als bijvoorbeeld mantelzorgers, vrijwilligers of PGB-gefinancierde zorgverleners. Ook voor deze mensen geldt dat zij eerst moeten kijken of er klachten zijn en de zorg wel gegeven kan worden.

- Als uitstel of afstand houden niet mogelijk is verdienen ook deze mensen adequate bescherming wanneer zij risico's lopen, bijvoorbeeld als een verzorgde klachten vertoont maar nog niet getest is.
- Hierom zal een richtlijn worden vastgesteld waarin staat wanneer en hoe deze zorgverleners worden voorzien. Deze richtlijn is gekoppeld aan het testen van de cliënt.
- Voor huishoudelijke hulpen en personen die actief zijn in dagbesteding en medewerkers in de maatschappelijke opvang gelden de algemene veiligheidsadviezen en moet bij klachten geen zorg verleend worden.
- In heel specifieke situaties kan het voorkomen dat hulp niet uitgesteld kan worden bij mensen die verdacht zijn van COVID-19 en geen afstand gehouden kan worden.
- Dan moet het mogelijk zijn om in overleg met collega's of leidinggevenden beredeneerd toch beschermende middelen te gebruiken.
- Daarvoor willen we reservepakketjes beschikbaar stellen zodat mensen dan toch beschermd kunnen worden.
- Benadrukt moet worden dat het hierbij niet gaat om algemeen preventief gebruik en dat dat ook niet wenselijk is, omdat het dan ten koste gaat van bescherming van andere zorgverleners.

287456

Spreeklijn Mondneusbescherming

- Op dit moment worden logistiek voorbereidingen getroffen om te zorgen dat de uitlevering van deze middelen volgende week kan starten.

>>>voor qena zie volgende pagina

Spreeklijn Mondneusbescherming

1. **Wordt het gebruik van mondkapjes in het OV verplicht?**

   Tot 1 juni is het dragen van neus- en mondbedekking in het OV een advies; vanaf 1 juni een verplichting voor alle reizigers. Personeel wordt voorzien door de werkgever.
   Reizigers dienen niet-medische mondneusbescherming te dragen, medische mondneusbescherming blijft voorbehouden aan de zorg.

2. **U geeft aan dat men niet-medische mond neusbescherming moet gebruiken in het OV.**

   Wat bedoelt u dan precies?

   In elk geval moet het gaan om bescherming die zowel de mond als de neus bedekt.
   Je hebt het dan dus over een simpel masker, vaak gemaakt van stof. Maar mocht je hier niet over beschikken kun je ook, zoals in Schotland, België en Duitsland, een sjaal of doek gebruiken. Belangrijk is ook hoe je de mondneusbescherming gebruikt. Bijvoorbeeld: na gebruik is het belangrijk het masker, de sjaal of de doek te wassen op 60 graden Celsius.

3. **Beschermen we OV-medewerkers nu beter dan de zorgmedewerkers?**
   In de zorg worden zorgverleners beschermd volgens de richtlijnen van het RIVM. Daarbij is goed gekeken naar welke risico's zij lopen. We zien ook dat de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen voor de zorg steeds beter wordt. Desondanks wil ik nogmaals benadrukken dat mondneusbescherming in het OV, geen medische bescherming mag betreffen.

4. **Er is geen wetenschappelijk consensus over het nut van mondneusbescherming, maar nu wel dit besluit. Het doet een beetje denken aan het besluit over sluiting scholen. Hoe weet u dat het risico hiermee niet juist groter wordt?**
   Het uitgangspunt is 'bescherm elkaar'. Het OMT adviseert dat waar de 1,5 meter niet gehandhaafd kan worden en triage niet toegepast kan worden, het dragen van mondkapjes overwogen kan worden. Dat heeft het kabinet gedaan en is daarmee tot een verplichting voor reizigers in het OV gekomen.

   In ieder geval staat vast dat je door het dragen van mondneusbescherming in zekere mate voorkomt dat je met bijvoorbeeld niezen een ander besmet. Het juiste gebruik van deze bescherming is ook zeer van belang. Vandaar de instructie die is voorzien over het beschikbaar krijgen van mondneusbescherming en het bewaren en wassen van gebruikte mondneusbescherming.

5. **Hoe komen burgers aan deze maskers?**

   De maskers worden op korte termijn gemakkelijk verkrijgbaar, of reizigers kunnen deze zelf maken d.m.v. instructies. Om de beschikbaarheid te bevorderen staat het kabinet in contact met VNO NCW en MKB Nederland. Zij maken een plan om productie en distributie op korte termijn voor elkaar te krijgen, samen met partijen, op basis van een kwaliteitsrichtlijn waaraan de maskers moeten voldoen.

6. **Waarom heeft het kabinet niet besloten tot verstrekking door de overheid, zoals in Frankrijk?**
   Voor de verplichting in het OV geldt dat het kabinet een verplichting stelt tot het gebruik van niet-medische mondneusbescherming. Er volgt een kwaliteitsrichtlijn waaraan deze moeten voldoen, maar die is anders dan de eisen voor medische mondneusbescherming. Daarmee kan de productie en distributie van deze middelen worden opgepakt door burgers zelf en

Spreeklijn Mondneusbescherming

het bedrijfsleven – er is voldoende energie beschikbaar om hier snel iets in te organiseren. We staan hierover in contact met VNO-NCW en MKB Nederland.

7. **Hoe gaat u dit handhaven? Moet de OV sector zelf iedereen zonder kapjes uit treinen gaan verwijderen?**

   Het gebruik zal door de verschillende betrokken partijen actief worden gemonitord. Als blijkt dat bijvoorbeeld teveel reizigers in OV zich niet aan de maatregel houden, zal het kabinet bekijken of actieve handhaving noodzakelijk is of dat de maatregelen dienen te worden aangepast. Dit geldt overigens ook als blijkt dat men toch mondneusbescherming gaat toepassen die eigenlijk voor de zorg noodzakelijk zijn, dan kan mogelijk een verbod op het gebruik ervan volgen.

8. **Waarom neemt het kabinet dit besluit terwijl het RIVM/OMT veel minder stellig is over de meerwaarde van toepassing van deze beschermingsmiddelen?**

   Het OMT adviseert dat het dragen overwogen kan worden in situaties waarin geen afstand kan worden gehouden en waarin geen triage toegepast kan worden. Daarnaast telt het besluit van landen om ons heen en een gevoel van veiligheid van burgers en werknemers in dergelijke situaties. Op basis van deze kennis neemt het kabinet het zekere voor het onzekere en stelt dus een verplichting voor het gebruik van niet-medische mondneusbescherming voor reizigers met het OV per 1 juni.

9. **Er is nu toch genoeg voor de zorg? Waarom verdienen andere beroepsgroepen niet een even goede bescherming?**

   Het gaat om verschillende situaties waarover het OMT mij heeft geadviseerd. Belangrijkste is nog steeds dat strikte hygiëne wordt toegepast, 1,5 meter afstand wordt gehouden en mensen bij klachten thuis blijven en thuisblijven wanneer een huisgenoot verkouden is en/of benauwdheidsklachten heeft. Bovendien blijft het voorzien van de zorg van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, ook op de lange termijn, een uitdaging gezien de schaarste en spanningen op de wereldmarkt.

10. **Wat gaat u doen als werkgevers in het OV niet op tijd voldoende middelen kunnen realiseren of als blijkt dat men toch medisch mondneusbescherming toepast?**

    Uiteraard zijn deze besluiten afgestemd met de OV-sector. Deze heeft mij te kennen gegeven de besluiten te verwelkomen en de maatregelen te kunnen realiseren. Verder zal het kabinet de implementatie nauwgezet monitoren en waar nodig extra maatregelen treffen om te kunnen handhaven.

11. **Er is ook bewijs dat het gebruik van mondmaskers de verspreiding van het virus juist in de hand werkt. Neemt het kabinet geen groot risico hiermee?**

    Er is geen eenduidig bewijs dat het risico wordt vergroot. Het OMT stelt dat waar anderhalve meter afstand houden en triage niet toegepast kunnen worden, het gebruik van mondneusbescherming overwogen kan worden. Dat heeft het kabinet gedaan, waarbij ook het beleid in de landen om ons heen en gevoelens in de samenleving zijn meegewogen.

Spreeklijn Mondneusbescherming

12. **Krijgen huishoudelijke hulpen nu ook persoonlijke beschermingsmiddelen?**

    In de meeste gevallen is dit niet nodig. De algemene richtlijn blijft: algemene hygiënemaatregelen nemen en geen hulp verlenen als hulpverlener of cliënt klachten vertoont die kunnen wijzen op COVID-19. Als toch hulp verleend moet worden geldt in de meeste gevallen dat voldoende afstand gehouden kan worden. Alleen in heel specifieke situaties kan het voorkomen dat men toch hulp moet verlenen en geen afstand kan houden. Dan kan men in overleg met de leidinggevende beredeneerd afwijken en toch beschermingsmiddelen gebruiken. Daarvoor komen reservepakketjes beschikbaar.

287457

ROUTEKAART VOOR STAPPEN TERUG NAAR MEER CONTINUITEIT VAN ZORG EN ONDERSTEUNING/zorg in een instelling aan mensen met een beperking

Doelgroep	**Welke beperking geldt?**	**Wie heeft welke acties al ondernomen**	**Welke verruiming en wanneer?**	**Wat is daarvoor nodig?**
Mensen met een beperking die geen of een beperkt risico hebben op een ernstig verloop bij coronabesmetting.				
- Bezoek in de instelling	Afwegingskader VGN. Nee, tenzij regeling: geen bezoek, tenzij bezoeker belangrijke rol speelt bij dagelijkse zorg en ondersteuning. Wordt verschillend toegepast. Beperkt tot bezoek van cruciale personen.	VWS: richtlijn op Rijksoverheid.nl en uitwerking van afwegingskader door VGN Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Per 25 mei regeling veranderen naar "Ja, mits". Bezoek is toegestaan, mits de gestelde maatregelen van het RIVM in acht genomen worden. Dat betekent ook dat bezoek niet mogelijk is wanneer er een besmetting op de woning is geconstateerd.	Bestuurlijk commitment brancheorganisatie Aanpassen richtlijn Rijksoverheid.nl en VGN.nl Aanpassen sectorprotocollen
- Verlof voor cliënten die thuis willen logeren	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Vanaf 25 mei is logeren buiten de instelling voor een korte periode toegestaan wanneer dit noodzakelijk is voor de kwaliteit van leven van de cliënt, bijvoorbeeld indien hij of zij zonder logeren ernstig ontregeld zou raken. De cliënt is bij vertrek uit de instelling klachtenvrij en ook de personen die op het bezoekadres verblijven zijn klachtenvrij. Bij terugkeer naar de instelling wordt wederom een check gedaan op klachten. Er vindt geen terugkeer plaats indien er	Aanpassen VGN.nl Aanpassen sectorprotocollen

			op de groep andere cliënten wonen met een verhoogd risico op een ernstig verloop van de besmetting, tenzij dit gebeurt met instemming van alle betrokken verwanten/vertegenwoordigers. Per 15 juni is dit weer voor alle logeersituaties toegestaan.	
- Terugkeer in de instelling	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Mensen met een beperking die tijdens de corona-crisis zijn opgehaald door hun naasten kunnen weer terug naar hun huidige woning mits zijzelf en alle bewoners van hun tijdelijke adres 24 uur klachtenvrij zijn. Wanneer terugkeer plaatsvindt op een groep waar andere cliënten wonen met een verhoogd risico op een ernstig verloop van de besmetting, gebeurt dit slecht met instemming van alle cliënten of betrokken verwanten/vertegenwoordigers.	Aanpassen VGN.nl Aanpassen sectorprotocollen
- Dagbesteding	Geen expliciete afspraken over. Veel dagbesteding wordt op dit moment op de woning gegeven.	Richtlijn dagbesteding	Voorstel: Vanaf 25 mei gaat de dagbesteding weer open voor bewoners van instellingen, ook als zij daarvoor naar een andere locatie moeten reizen.	Bestuurlijk commitment brancheorganisatie
Mensen met een beperking die een hoog risico hebben op een ernstig verloop bij coronabesmetting óf geen 1.5 meter afstand kunnen houden.				

- Bezoek in de instelling	Afwegingskader VGN. Nee, tenzij regeling: geen bezoek, tenzij bezoeker belangrijke rol speelt bij dagelijkse zorg en ondersteuning. Wordt verschillend toegepast, maar meeste organisaties staan geen bezoek toe.	VWS: richtlijn op Rijksoverheid.nl en uitwerking van afwegingskader door VGN Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Per 25 mei start een proef bij X aantal zorgaanbieders naar "Ja, mits". We onderzoeken welke zorgvuldigheidseisen hieraan kunnen worden verbonden en monitoren in hoeverre deze aanpak voor deze doelgroep geschikt is. Per 15 juni wordt de bezoekregeling vrijgegeven voor de gehele gehandicaptenzorg. Alleen wanneer er sprake is van een besmetting of andere uitzonderlijke omstandigheden wordt het bezoek nog beperkt. Dit is onder voorwaarde van een goed verloop van de proef voor mensen met een beperking die een verhoogd risico hebben op een ernstig verloop bij corona besmetting.	Bestuurlijk commitment brancheorganisatie Aanpassen richtlijn Rijksoverheid.nl en VGN.nl Aanpassen sectorprotocollen
- Verlof voor cliënten die thuis willen logeren	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Vanaf 25 mei wordt er in een aantal gevallen geoefend met logeren buiten de instelling voor een korte periode. Er wordt gekeken onder welke omstandigheden dat verantwoord kan. Vanaf 15 juni is logeren buiten de instelling voor een korte periode toegestaan wanneer dit noodzakelijk is voor de kwaliteit van leven van de cliënt, bijvoorbeeld indien hij of zij	Aanpassen VGN.nl Aanpassen sectorprotocollen

			zonder logeren ernstig ontregeld zou raken. De cliënt is bij vertrek uit de instelling klachtenvrij en ook de personen die op het bezoekadres verblijven zijn klachtenvrij. Bij terugkeer naar de instelling wordt wederom een check gedaan op klachten. Er vindt alleen terugkeer op de groep plaats indien dit gebeurt met instemming van alle betrokken verwanten/vertegenwoordigers. Vanaf 15 juli is logeren buiten de instelling voor iedereen weer mogelijk, mits de proef goed verloopt.	
- Terugkeer in instelling	Als naasten of een wettelijk vertegenwoordiger een cliënt die in een instelling woont op wil halen om voor een periode naar huis te gaan, blijft die cliënt bij zijn familie tot de bezoekersregeling is opgeheven.	Advies over bezoekregeling door VGN. Brancheorganisaties: aanvullende protocollen	Voorstel: Mensen met een beperking die tijdens de corona-crisis opgehaald zijn door hun naasten kunnen vanaf 15 juni weer terug naar hun huidige woning mits zijzelf en alle bewoners van hun tijdelijke adres 24 uur klachtenvrij zijn. Wanneer terugkeer plaatsvindt op een groep waar andere cliënten wonen met een verhoogd risico op een ernstig verloop van de besmetting, gebeurt met instemming van alle betrokken verwanten/vertegenwoordigers.	Bestuurlijke instemming brancheorganisatie Aanpassen VGN.nl Aanpassen sectorprotocollen
- Dagbesteding	Loopt mee in de Nee, tenzij regeling en is gesloten. Dagbesteding wordt op de		Voorstel: Vanaf 25 mei wordt de dagbesteding voor bewoners van instellingen weer geopend.	Bestuurlijk commitment van betrokken veldpartijen.

287457

	woning gegeven.		Wanneer het gaat om een dagbestedingsgroep waar ook cliënten van buiten de locatie komen, of het gaat om het volgen van dagbesteding op een andere locatie door mensen met een verhoogd risico, wordt tot 15 juni de tijd genomen om te onderzoeken hoe dat zo veilig mogelijk kan. Vanaf 15 juni heeft iedereen weer dagbesteding op een gepaste locatie.	

Vliegverboden BES

De vliegverboden voor de BES zijn verlengd op basis van de EASA lijst. Hierdoor is het vliegverbod voor vluchten uit Colombia komen te vervallen. Dit zorgde afgelopen weekend voor enige ongerustheid op onder andere Bonaire.

De EASA-lijst lijkt geen geschikte lijst te zijn voor de overzeese Koninkrijksdelen. Het advies vanuit het RIVM is om een alternatieve systematiek te ontwikkelen. In verband met o.a. de diplomatieke gevoeligheid zal dit moeten worden opgepakt met IenW, BZ, RIVM en VWS. Er staan geen reguliere vluchten tussen Bonaire en Colombia op de planning. Dit geeft voor nu ruimte om in overleg tot een gezamenlijk standpunt te komen. Het blijft zolang er nog geen alternatieve systematiek is een aandachtspunt.

Colombia is voor de benedenwindse eilanden een belangrijke bestemming, ook in verband met de medische vluchten. Voor dat laatste is reeds een speciale regeling van kracht en er wordt momenteel gekeken naar alternatieven. Mochten er wel vluchten met passagiers aankomen op Bonaire moeten deze mensen twee weken in quarantaine.

In dit land is zoals in veel zuid- en Midden-Amerikaanse landen de epidemie wat later op gang gekomen, maar de epidemische curve vertoont een verontrustend stijgende lijn. Omdat de incidentie van COVID op de meeste van onze eilanden de afgelopen maand 0 of nagenoeg 0 is, lijkt het momenteel niet opportuun om het virus te importeren middels vrije vliegverbindingen met landen met een aanzienlijk hogere incidentie zoals Colombia, Venezuela of de VS. De eilanden ontberen momenteel voldoende quarantainecapaciteit en personele capaciteit om dergelijke aantallen mensen in quarantaine te monitoren.
Het OMT-advies Cariben zegt overigens ook dat de (volledige) afsluiting van de eilanden voor nu wenselijk is.

Er is op maandag 18 mei een conceptlijst van de EASA ontvangen met het verzoek hierop input te leveren. Deze lijst is doorgestuurd naar het RIVM ((10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)).

Het voordeel van de EASA lijst is dat je naar de meest actuele lijst kan verwijzen en dat dit niet aangepast hoeft te worden in een NOTAM. Wanneer er gekozen wordt voor een eigen systematiek zal er regelmatig gekeken moeten worden of de situatie in omringende landen wijzigt en dient de NOTAM hierop aangepast te worden.

26.Wat doet u met het OMT-advies?

- Ik heb het OMT- advies uitvoerig bekeken;
- Het OMT advies geeft aan dat er op basis van de literatuur nog onvoldoende informatie is om een goede risico-inschatting te maken van de kans op verspreiding van het virus tijdens het binnen sporten.
- Wel is het aannemelijk dat sport de kans op overdracht van het virus vergroot en dat het risico van binnen sporten groter is dan dat van buiten sporten
- Anderhalve meter afstand is waarschijnlijk niet in alle gevallen voldoende om het risico op overdracht van het virus tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen. Onduidelijk is welke onderlinge afstand afdoende zou zijn.
- De routekaart met fasering zorgt ervoor zorgt dat onzekerheden in de ontwikkeling van het virus beheersbaar blijven.
- Eerdere versoepeling van maatregelen, zoals het eerder openen van fitnesscentra, kan het risico op verspreiding vergroten. Fasering blijft cruciaal.
- Ik neem de adviezen van het OMT ter harte en kies voor een behoedzaam pad waarbij niet alles in 1x open kan
- Gezien de fasering en de vele onzekerheden zal binnen sporten voorlopig nog niet zijn toegestaan
- Eind juni maak ik de balans opnieuw op en bekijk ik of het verantwoord is om de datum van 1 september toch naar voren te halen

27. Wat gaat u besluiten en per wanneer?

- Ik kan nu al aangeven dat opening van de sportscholen per 1 juni niet lukt
- Met de eerder aangekondigde versoepelingen nemen we al een risico. Ik wil eerst bezien wat deze

versoepeling tot gevolg hebben voor het aantal besmettingen.

- Tevens zijn er nog steeds teveel onduidelijkheden rondom de risico's van het binnen sporten. Ook daar wil ik eerst meer informatie over hebben.
- Ik verwacht eind juni meer inzicht te hebben in de effecten van de huidige maatregelen en hoop te kunnen leren van sommige landen om ons heen waar de sportscholen al wel weer open zijn.
- Op basis van de dan beschikbare kennis bekijk ik of eerdere opening dan 1 september toch tot de mogelijkheden behoort.

28. Voor wie gaat dit precies gelden, ook sauna's?

- Dit geldt voor alle binnen sporten, de sportscholen en de fitnesscentra.
- Dit geldt ook voor sauna's en wellnesscentra.

Spreeklijnen
Besmettingsroute en noodzaak PBM
Voorzitter,

- Ik geef graag een korte toelichting op hoe het coronavirus zich kan verspreiden in relatie tot in welke situaties persoonlijke beschermingsmiddelen nodig zijn
- Het coronavirus bevindt zich bij patiënten in de neus, keel of longen en verspreidt zich niet vanzelf maar moet daarbij geholpen worden. Dit gebeurt via de lucht door hoesten en niesen of doordat het via de handen wordt overgedragen.
- Door hoesten en niezen komt het virus in de lucht via kleine druppeltjes. Deze druppeltjes blijven niet in de lucht zweven, maar dalen snel neer, binnen 1,5 meter van de patiënt. Iemand die heel dichtbij is kan de druppeltjes dus inademen.
- Er zijn geen aanwijzingen dat het virus zich aerogeen verspreidt, dus via kleinere deeltjes die in de lucht blijven zweven. De kans dat het zich via praten en ademhalen kan verspreiden is dus zeer klein.
- Het coronavirus kan via de handen verspreid worden als een patiënt met zijn handen aan de neus zit en vervolgens iemand een hand geeft. Ook kan het virus door hoesten of via de handen op voorwerpen terechtkomen die iemand anders vastpakt, zoals een deurklink. Daarom zijn de algemene hygiënemaatregelen zo belangrijk.
- Dat betekent dat het in situaties wanneer iemand geen klachten heeft en afstand kan worden gehouden, ook niet

nodig is preventief persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken.

- Belangrijk is dat zorgmedewerkers regelmatig hun handen wassen en zich aan de algemene hygiënemaatregelen houden. Zo kunnen zij zichzelf goed beschermen.
- Mondkapjes moeten dus alleen gebruikt worden als dat echt nodig is, zoals aangegeven in de uitgangspunten die het RIVM heeft opgesteld voor gebruik van PBM. Ook voor het geven van zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis geldt als uitgangspunt dat bij cliënten die niet verdacht zijn van COVID-19 geen risico is op besmetting en geen extra maatregelen nodig zijn.
- Voor zorgverleners in de thuissituatie is het belangrijk elke keer dat ze een cliënt thuis bezoeken het gesprek aan te gaan en te checken of hij of zij geen COVID-19 klachten heeft en niet besmet is.
- In het geval hier wel sprake van is, dient de zorg en ondersteuning uitgesteld te worden als dit kan. Waar dit niet kan zullen PBM nodig zijn om de zorg veilig te verlenen.
- In de praktijk blijkt echter dat medewerkers zich zorgen maken omdat het niet altijd even duidelijk is, of vooraf goed in te schatten is of iemand echt niet besmet is. Dit geeft onzekerheid en angst bij medewerkers. Dat begrijp ik.
- Daarom is vanaf 1 mei ruimte gegeven aan professionele zorgverleners om beredeneerd af te wijken van de

uitgangspunten en gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen als de specifieke situatie daarom vraagt. Dat is nu expliciet in de RIVM uitgangspunten opgenomen.

- De situaties in de praktijk zijn niet altijd goed te vangen in algemene uitgangspunten. De V&VN heeft daarom samen met een aantal partijen voor de verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten een handreiking opgesteld met handvatten en voorbeelden van situaties waarin PBM nodig kunnen zijn. Die handreiking is op 14 mei gepubliceerd. Daarover is ook met de bonden gesproken.
- De bonden zullen een vergelijkbaar traject doorlopen voor in elk geval professionals in de Wmo ondersteuning (huishoudelijke hulp, dagbesteding/begeleiding en maaltijdondersteuning). Voor deze groep is een reservepakketje beschikbaar voor onverwachte situaties of ingeval van gerede twijfel. Uiteraard dienen er wel voldoende PBM beschikbaar te zijn, inclusief de reservepakketjes. Aanbieders kunnen deze via de normale route bestellen voor hun medewerkers. ZZP-ers kunnen deze reservepakketjes bestellen via de website van Solopartners, de brancheorganisatie voor zelfstandige zorgverleners. Dat geldt dus ook voor PGB gefinancierde formele zorgverleners. Dit is allemaal ingeregeld.

Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen

- Zorginstellingen en andere zorgverleners maken gebruik van eigen reguliere kanalen voor inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen. Indien deze kanalen tekortschieten, kunnen ze inkopen via het LCH. Hiervoor kunnen ze een aanvraag indienen via het webportaal.
- In eerste instantie vond de verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, plaats op basis van de aanname dat corona-patiënten vooral in de acute zorg terecht zouden komen.
- Een deel van de middelen was toen echter ook al beschikbaar de langdurige zorg en voor noodsituaties.
- Naarmate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook medewerkers uit andere sectoren risico's liepen in het geval zij gevraagd werden zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten.
- Daarom is sinds 13 april jl. een nieuw verdeelmodel van kracht. Uitgangspunt van dit model is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Dit verdeelmodel is dus niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, maar gaat uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. En dus ook voor het geval dat zorgprofessionals beredeneerd afwijken van de uitgangspunten.
- Het LCH geeft aan dat er op dit moment voldoende middelen zijn om aan de vraag te kunnen voldoen.

- Het LCH en de ROAZ doen bij het verstrekken van de middelen een check of de aanvraag realistisch is om te voorkomen dat nieuwe tekorten ontstaan.
- Ook blijft gepast gebruik van de middelen zeer belangrijk om te zorgen dat voldoende middelen beschikbaar blijven.

De beschikbaarheid van beschermingsmiddelen voor de zorg

- Voor de uitbraak van COVID-19 werden beschermingsmiddelen als mondmaskers besteld via reguliere leveranciers. Een zorgaanbieder werkte vaak met enkele vaste leveranciers.
- Je mocht er trots op zijn als je over een zeer efficiënt systeem van bevoorrading beschikte.
- Door de wereldwijde uitbraak van COVID-19 staat de wereld van beschermingsmiddelen op z'n kop. Eerst stortte de productie in; vervolgens explodeerde de vraag naar beschermingsmiddelen wereldwijd. Er ontstond schaarste en de markt veranderde in een tafereel dat soms aan het Wilde Westen doet denken.
- Om verzekerd te blijven van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, was het nodig om - naast de inkoop vanuit zorginstellingen via hun reguliere kanalen –, inkoopkracht en expertise te bundelen om (zonder winstoogmerk) voor Nederland grote hoeveelheden beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen.

- Dat lukt steeds beter. Het LCH is inmiddels erin geslaagd een robuust netwerk op te bouwen met 50 leveranciers.
- Het LCH heeft op deze markt bijna een miljard mondkapjes ingekocht. Dit gaat om zowel chirurgisch en FFP maskers.
- Er is een portal waar inmiddels 5000 zorginstellingen op zijn aangesloten. En het aantal neemt iedere dag toe.
- De voorraad beschermingsmiddelen wordt dagelijks aangevuld. Deze week komen naar verwachting bijvoorbeeld weer ruim 2 miljoen chirurgische maskers en bijna 5 miljoen FFP2 maskers aan in Nederland.
- Het LCH gaat alleen over tot aankoop van middelen als aan de voorkant alles in orde is. Er moeten bijvoorbeeld geldige certificaten zijn.
- Het LCH voert natuurlijk voortdurend gesprekken met de betrokken leveranciers over de kwaliteit van de beschermingsmiddelen.
- De beschermingsmiddelen worden vervolgens zowel in het land van aankoop gecheckt als ook bij aankomst in Nederland. Het RIVM doet dit in een speciaal daarvoor ingerichte kwaliteitsteststraat bij het LCH.
- En ja, dat betekent dat er middelen afvallen die we niet uitleveren aan de zorg. Bij massa productie is het overigens niet vreemd dat er ook een uitvalpercentage is.

- Dat lijkt mij de goede werking van de afspraken: richtlijnen die aangeven wanneer welke

beschermingsmiddelen moeten worden gebruikt op basis van het besmettingsrisico. En dan moeten die beschermingsmiddelen ook voldoen aan de eisen.

- Overigens heeft de afkeuring van een groot deel van de mondkapjes bij het LCH te maken met de filterkwaliteit maar voor een ander deel met de fit. Wij bekijken of deze met een gebruiksinstructie toch gebruikt kunnen worden.

- Het LCH heeft op dit moment voldoende beschermingsmiddelen om aan de huidige vraag in de zorg te voldoen. En er komen iedere dag nieuwe spullen bij het LCH binnen.
- Dit neemt niet weg dat het een uitdaging blijft om beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen. Zo is op moment het aanbod van handschoenen wereldwijd veel beperkter dan het was en ook schorten en beschermingsjassen blijven een aandachtspunt. De grondstoffen hiervoor zijn wereldwijd beperkt.
- Je kunt er nog zoveel bestellen, ze moeten wel eerst zijn geproduceerd en naar Nederland worden getransporteerd. Dat betekent dat het LCH haar mogelijkheden voor transport ook breed inzet. Het LCH werkt zowel met vliegtuigen als met treinen en schepen en dat vanuit zoveel mogelijk verschillende locaties. Deze locaties mogen er meer worden. En het LCH wil samenwerken met leveranciers die werken met aanvoerlijnen uit nieuwe landen.

- Dat brengt mij op de andere vraag: komt het door het LCH dat verpleeghuizen met cowboys in zee moeten?
- Nee is daarop mijn korte antwoord. Verpleeghuizen kunnen inkopen bij de betrouwbare reguliere leveranciers en bij het LCH. Het LCH is niet het probleem, maar is juist deel van de oplossing.
- Helaas zijn er naast deze betrouwbare partijen cowboys op de markt en is het dan ook lastig om het kaf van het koren te scheiden.
- Goed toezicht is daarom belangrijk door de NVWA en de FIOD, net als dat zorginstellingen zelf kritisch zijn op de spullen die ze inkopen. Er zijn zorginstellingen die zelf hun spullen soms testen. Dat helpt. Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.
- Terwijl het LCH volop beschermingsmiddelen naar Nederland haalt ben ik ook het gesprek gestart met zowel reguliere leveranciers als zorgaanbieders over de vraag hoe we ook structureel zorgen dat er voldoende beschermingsmiddelen voor medewerkers in de zorg beschikbaar zijn de komende jaren. Dit gesprek wordt ook in Europees verband gevoerd.
- We weten inmiddels allemaal dat de ontwrichting van de markt voor beschermingsmiddelen niet zomaar overgaat. We hebben het over een fundamenteel andere situatie op de wereldmarkt dan voor covid. Dit vereist dat we met

elkaar om tafel gaan om te bespreken welke rol eenieder kan spelen en welke rol ook vanuit de overheid noodzakelijk is.

- Eén spoor daarbij is in ieder geval meer Nederlandse productie. Inmiddels worden in Nederland FFP-2 maskers, beschermingsbrillen, spatbrillen en beademingsapparaten geproduceerd en ben ik verheugd te kunnen melden dat ik contracten heb gesloten met bedrijven die chirurgische maskers gaan produceren.
- Maar laat ik hier vooral ook onderstrepen dat er los van de bedrijven waarmee EZK en ik in gesprek zijn ook allerlei andere bedrijven zijn die zelf innovatieve initiatieven ontwikkelen rond beschermingsmiddelen. Dat juich ik toe.

Waarom geen preventieve inzet beschermingsmiddelen in de zorg?

- Nu hoor ik ook wel pleidooien dat er chirurgische kapjes moeten worden ingekocht of geproduceerd voor preventief gebruik in de zorg.
- Ik ben hier niet voor.
- Ten eerste niet omdat het – zoals ik hiervoor al aangaf – in de zorg niet nodig is daar waar er geen besmettingsrisico is.
- Maar ook omdat je onnodig nieuwe schaarste creëert. Bij preventief gebruik heb je het uitgaand van ca 20 kapjes per dag voor 1,2 miljoen zorgverleners over bijna 9 miljard maskers per jaar.

- Dan loopt je het risico dat zorgmedewerkers die ze nodig hebben over voldoende beschermingsmiddelen kunnen beschikken.

Waarom geen chirurgische maskers voor buiten de zorg?

- Dit geldt buiten de zorg al helemaal, het dragen van mondkapjes is niet nodig.
- We weten allemaal dat we 1,5 meter afstand moeten houden, onze handen moeten wassen, drukte moeten vermijden en thuis blijven als we ons niet lekker voelen.
- Dan is er geen vermoeden van besmetting en dan is er ook geen reden om mondkapjes te gebruiken.
- Alleen in het OV hebben we, omdat het soms niet lukt om 1,5 meter afstand te houden, voor alle zekerheid gezegd dat aanvullend op het gedrag waaraan we ons moeten houden (net als in Duitsland en Belgie) niet medische kapjes zullen worden ingezet.
- Een niet-medisch mondkapje draag je niet ter bescherming van jezelf, maar kan bij goed gebruik het risico verkleinen dat druppels uit mond en neus worden verspreid naar de omgeving. Het is geen vervanging van, maar een aanvulling op de geldende hygiëneregels.
- Maar stel je voor dat we wel alle mensen in Nederland een chirurgisch mondmasker zouden dragen, waar hebben we het dan eigenlijk over in getallen?
- Ik hoorde iemand op de radio zeggen dat iedereen in Nederland er 3 per dag nodig zou hebben. Ik vraag me af waar dat op is gebaseerd, maar laten we dat als uitgangspunt voor de som nemen.

- 17 miljoen mensen die elke dag 3 maskers dragen. Dat betekent op jaarbasis ruim 18 miljard kapjes. Ik kan mij niet voorstellen dat dit geen verdringing van voldoende chirurgische maskers voor de zorg oplevert.
- En bovendien een chirurgisch masker kost nu online ca 1. Euro en 18 miljard euro voor niet besmette mensen vind ik veel geld.

Opschalen IC-capaciteit

- Na een piek van het aantal Covid-patiënten op de IC's – tot maximaal 1378 Covid-patiënten begin april – zien we nu gelukkig alweer enkele weken een gestage daling.
- Het is gelukt om de benodigde zorg te bieden: met het nodige kunst- en vliegwerk, een enorme toewijding en inzet van de mensen in de zorg en door dankbaar gebruik te maken van de welwillendheid van Duitse ziekenhuizen om Nederlandse patiënten op te nemen.
- De gevolgen en de impact daarvan waren groot, en zijn dat nog steeds. Voor patiënten, hun naasten, maar ook zeker voor alle zorgprofessionals in de ziekenhuizen. Een volgende piek willen we hoe dan ook voorkomen.
- De (verwachte) bezetting van IC-bedden en de beschikbare buffercapaciteit in de ziekenhuizen is dan ook één van de factoren die meespeelt in de controlestrategie.
- We streven naar een situatie waarin we:
  a. Zoveel mogelijk voorkomen dat (acute) reguliere zorg te veel wordt verdrongen;
  b. Rekening houden met de benodigde IC-capaciteit voor Covid-zorg;
  c. Flexibel kunnen opschalen indien de ontwikkeling van het virus onverhoopt toch weer tot een piekbelasting zou leiden.

- Als we structureel deze situatie willen, dan is het realistisch om naar een hogere capaciteit te gaan dan de huidige 1150 IC-bedden.
- Het streven van het kabinet daarbij bestaat uit drie delen:
  - Het gaat enerzijds om een (flexibel op te schalen) structureel verhoogde capaciteit tot 1700 IC-bedden;
  - Het gaat anderzijds om het uitwerken van een opschalingsplan tot 3000 als een grote piekbelasting zich zou aandienen,
  - Waarbij we in beide gevallen rekening houden met de bestaande samenwerkingsafspraken met Duitsland.

- Inmiddels heb ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de opschaling van IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen, waarin deze drie onderdelen verder worden uitgewerkt.
- Ik realiseer me dat het vergroten van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is en dus tijd vergt, ook om te voorkomen dat dit teveel vergt van zorgprofessionals. Zeker zo vlak na een periode die zeer intens is geweest.
- Juist dit zorgpersoneel is hard nodig en moet goed betrokken worden bij de uitwerking van het plan. Dit vergt een goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan.
- Daarom heb ik het LNAZ ook nadrukkelijk gevraagd om ook de ledenpeilingen van de FMS en V&VN en het advies van *Chief Nursing Officer* (CNO) Professor Buurman mee te

nemen bij de uitwerking van de opdracht.

- Naar verwachting wordt de Tweede Kamer eind juni geïnformeerd over de specifieke plannen voor de structurele uitbreiding van de IC-capaciteit naar zo'n 1700 bedden. Uiterlijk in september komt het specifieke plan voor de flexibele opschaling tot circa 3000 IC-bedden gereed, waarna de Tweede Kamer over dit deel geïnformeerd wordt.

- Dan nog een ander punt over de IC-capaciteit
- Toen we medio maart met de snelle toename van het aantal patiënten op de IC te maken kregen, ging het debat ook over de vraag wat te doen als er in de Nederlandse ziekenhuizen onvoldoende IC-plekken zouden kunnen zijn. "fase 3".
- Ik heb een draaiboek laten maken voor een last resort opschalingsmogelijkheid. Dat draaiboek heeft u ontvangen. Ook de KNMG en de FMS werken aan een richtlijn voor die situatie.
- Het zal iedereen duidelijk zijn dat het inzetten van een last resort optie heel veel medisch ethische, medisch inhoudelijke en bestuurlijke vragen oproept.
  Dit is een situatie waar we met zijn allen niet in terecht willen komen. En dat onderstreept nog maar eens het belang van de maatregelen die het kabinet neemt en de acties die we inzetten, zoals het eerder genoemde plan om de IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen fors uit te breiden.

Categorieën Mondmaskers

- Medische mondmaskers hanteren we als verzamelnaam voor de maskers die in de zorg worden benut bij zorgverlening aan patiënten. Er zijn twee categorieën mondmaskers te onderscheiden:

Adembeschermingsmaskers

- Ten eerste de adembeschermingsmaskers. Dit zijn de FFP maskers. Deze maskers bevatten een filter dat deeltjes uit de ingeademde lucht filtert. Deze dienen ter bescherming van de zorgverlener.
- Volgens de richtlijnen van het RIVM, is alleen bij hoogrisicohandelingen waarbij aerosolen vrijkomen in de ziekenhuis- en langdurige zorg FFP2 maskers nodig. Denk hierbij aan het uitvoeren van een bronchoscopie of het intuberen van een patiënt.
- Ook in sommige bedrijfsprocessen buiten de zorg in vitale sectoren zijn persoonlijke beschermingsmiddelen in bepaalde gevallen nodig. Denk bijvoorbeeld aan afvalverwerking of de voedingsmiddelenindustrie.
- (Evt: ik kan me voorstellen dat u de term "medisch mondmasker" hier verwarrend vindt. Maar het gaat bij deze bedrijfsprocessen om veel kleinere volumes dan in de zorg).

Chirurgische mondneusmaskers

De tweede categorie zijn de chirurgische mondneusmaskers. Deze beschermen de zorgverlener tegen druppels en spatten (met het virus) van de patiënt. Ook beschermen ze de patiënt tegen overdracht van bacteriën vanuit de zorgverlener. Bijvoorbeeld tijdens een operatie.

- Het RIVM adviseert het gebruik van een chirurgisch masker type IIR in situaties waarin Covid-19 patiënten binnen 1,5 meter worden verzorgd, maar er geen risico is op aerosolvorming.

Gepast gebruik mondmaskers

- Het gebruik van maskers is gekoppeld aan specifieke handelingen en specifieke situaties.
- Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan bijvoorbeeld over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen.
- Zo kunnen FFP2-maskers slechts voor beperkte tijd gedragen worden omdat het voor zorgmedewerkers intensief is. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten om voldoende zuurstof te krijgen. Bij onjuist gebruik kunnen deze FFP2-maskers het risico op besmetting zelfs verhogen.

Mondmasker buiten de zorg

- Het OMT heeft advies gegeven over het gebruik van maskers buiten de zorg.
- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene basisregels zoals thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten, het handhaven van de 1,5 meter afstand tussen mensen en (hand-) hygiëne.
- Essentieel is dat dat waar dit kan ook triage wordt toegepast. Dit houdt in dat voor aanvang van een dienstverlening wordt vastgesteld of de cliënt klachten heeft die passen bij COVID-19 en of de cliënt een huisgenoot heeft met koorts en/of benauwdheidsklachten.
- Het OMT concludeert dat met deze maatregelen persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mondneusmaskers, niet noodzakelijk zijn.

Niet-medische mondneusmaskers in het OV

- In situaties waar triage en 1,5m afstand houden niet mogelijk is, zoals het OV, geeft het OMT aan dat niet-medische mondneusmasker bij juist gebruik kunnen bijdragen aan het voorkomen van de verspreiding van het virus.
- Deze maskers zijn ter bescherming voor de anderen om de reiziger heen en dus niet voor de reiziger zelf.
- Het gaat hier nadrukkelijk om **niet-medische mondneusmaskers.** Medische mondkapjes, die blijven voor de zorg.
- Hoe weet je of je met een masker te maken hebt dat niet eigenlijk voor medische gebruik is bedoeld?
- Deze maskers zijn niet voorzien van een CE-markering - die bestaat namelijk nog niet voor niet medische mondmaskers - of mogen verwijzen naar een norm voor medische hulpmiddelen.
- Ook mogen zij geen naam of naamgeving voeren die de suggestie wekt dat het product een medisch hulpmiddel is. Het moet duidelijk zijn dat het om een mondkapje zonder medische claim gaat.
- De NEN brengt 19 mei een advies uit waar een niet-medisch mondneusmaskers aan moet voldoen en hoe dit masker moet worden gebruikt.
- Ik verwacht overigens dat op korte termijn ook op Europees niveau een specificatie zal worden gepubliceerd.

Fitness/sportscholen

- Het kabinet heeft het spoorboekje gepresenteerd voor de versoepeling van de corona maatregelen
- Het openen van de sportscholen en fitnesscentra per 1 september heeft veel vragen opgeroepen
- Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat we die datum van 1 september niet zo maar gekozen hebben
- We varen daarin op het kompas van de experts in het OMT die aangeven dat eerdere opening van de sportscholen onverantwoord zou zijn, omdat onvoldoende helder is dat dit geen risico's oplevert
- Op basis van dat advies heeft het kabinet de opening van de fitness op 6 mei op 1 september gezet
- Voor de fitnessbranche is dit zeer teleurstellend dat begrijp ik heel goed
- Met de brancheorganisatie van de fitness NLactief heeft minister van Rijn op 12 mei gesproken
- In het gesprek is gesproken over mogelijke aanvullende maatregelen die sportscholen kunnen nemen om het risico op besmetting te verkleinen
- Ideeën daarover leggen we ter beoordeling voor aan het OMT
- Op basis van hun advies kunnen we bekijken of eerdere opening mogelijk is

- Daarbij dient opgemerkt te worden dat fitness niet geïsoleerd van andere zaken beoordeeld wordt, iedere versoepeling moeten we in een totaalbeeld plaatsen, fasering is cruciaal
- Ik heb dan ook met Nlactief besproken hoe we de branche kunnen ondersteunen als het voorlopig als gevolg van het coronavirus nog niet mogelijk is om open te gaan

Achtergrond
Richtlijnen verpleeghuizen doorwerken met klachten en extra besmettingen

- ***Op 27 februari*** is de eerste patiënt in Nederland positief getest op COVID-19. Op dat moment en in de periode daarna was er in Nederland geen sprake van wijdverspreide transmissie van COVID-19. De kans was dus nog klein dat iemand in Nederland in aanraking zou komen met het coronavirus. Het beleid was daarop gebaseerd. Dat gold ook voor zorgmedewerkers. Daarna is het beleid steeds aangepast, afhankelijk van de stand van zaken rond de uitbraak en op basis van de adviezen van het OMT.

- ***Vanaf 2 maart*** gold als beleid voor verpleeghuizen en thuiszorg dat medewerkers die in een gebied met wijdverspreide transmissie zijn geweest, thuisblijven zodra zij zich niet lekker voelen (beginnende verkoudheid, keelpijn of verhoging). Dat gold ook voor vrijwilligers en bezoekers in verpleeghuizen.

- Daarnaast was het belangrijk de hygiëne goed in acht te nemen, dus hoesten of niezen in de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en handen wassen voor en na de verzorging van patiënten.

- ***Op 6 maart*** was het advies van het RIVM aan zorgmedewerkers die in contact waren geweest met een besmette patiënt om bij de geringste klachten van verkoudheid of luchtweginfecties thuis te blijven en contact

op te nemen met de controlerende instantie om zich te laten testen.

- ***Toen het aantal besmette patiënten*** in Brabant toenam werd het advies gegeven voor inwoners van Noord-Brabant om sociale contacten te beperken als zij last hebben van verkoudheid, hoesten en/of koorts. Dit gold ook voor zorgmedewerkers. Deze medewerkers werd gevraagd om bij luchtwegklachten thuis te blijven en contact op te nemen met hun werkgever of zij mochten werken en of er diagnostiek moet worden ingezet.
- ***Op 10 maart*** is de eerste richtlijn voor de inzet van personeel buiten de ziekenhuizen opgesteld en verspreid. In deze fase werd onderscheid gemaakt tussen 2 situaties:

  1. de situatie dat de medewerker in een risicogebied was geweest of direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. In dat geval was het advies om bij verkoudheidklachten of hoesten thuis te blijven in overleg met de werkgever of te testen
  2. de situatie dat de medewerker niet in een risicogebied was geweest of geen direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. Hier was het advies dat men met klachten door kon werken. In deze situatie was de kans groot dat het geen coronabesmetting betrof maar andere luchtwegklachten. Bij koorts gold overigens altijd: stoppen met werken.

- ***Vanaf 20 maart*** golden voor medewerkers in o.a. verpleeghuizen met symptomen van COVID-19 (hoesten en/of neusverkouden en/of koorts) 3 opties:
  - thuisblijven tot 24 uur geheel klachtenvrij
  - persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken zodat de medewerker de patiënt niet besmet
  - medewerker testen.
- ***Vanaf 6 april*** is het testbeleid voor alle zorgmedewerkers verruimd en kan iedereen met lichte klachten zich laten testen.
- ***Per 10 april*** is ook het testbeleid voor bewoners verruimd. Uitgangspunt is dat iedere patiënt met een verdenking op COVID-19 getest wordt, ook als er al 1 of 2 positief geteste patiënten zijn op een afdeling.
- Volgens de richtlijnen is dus behalve in het begin in een specifieke situatie waarin de kans klein werd geacht dat het om COVID-19 ging, ***doorwerken met klachten alleen geadviseerd als er geen koorts was en met gebruik van beschermende middelen***. Ook is testen steeds als mogelijkheid aangegeven.

Spreeklijn Categorieën Mondmaskers

- Medische mondmaskers zijn voor de zorg om met zieke patiënten zorg te verlenen. Er zijn twee categorieën mondmaskers te onderscheiden:
- Ten eerste de adembeschermingsmaskers. Dit zijn de FFP maskers. Deze maskers bevatten een filter dat deeltjes uit de ingeademde lucht filtert en dienen ter bescherming van de zorgverlener.
- Volgens de richtlijnen van het RIVM, is alleen bij hoogrisicohandelingen waarbij aerosolen vrijkomen in de ziekenhuis- en langdurige zorg FFP2 maskers nodig. Denk hierbij aan het uitvoeren van een bronchoscopie of het intuberen van een patiënt.
- Ook in andere kritieke processen wordt het gebruikt van FFP maskers gebruikt. Denk aan bijvoorbeeld aan afvalverwerking of de voedingsmiddelenindustrie.

De tweede categorie zijn de chirurgische mondneusmaskers. Deze beschermen de zorgverlener tegen druppels en spatten (met het virus) van de patiënt en beschermen de patiënt tijdens bijvoorbeeld operaties tegen overdracht van bacteriën vanuit de zorgverlener.

- Het OMT adviseert het gebruik van een chirurgisch masker type IIR in situaties waarin Covid-19 patiënten binnen 1,5 meter worden verzorgd, maar er geen risico is op aerosolvorming.

Spreeklijn gepast gebruik

- Het type zorghandeling bepaald welk type mondmasker moet worden gebruikt.
- Alleen bij aerosolvormende procedures (de hoogrisicohandelingen) in de ziekenhuis- en langdurige zorg zijn FFP2 maskers nodig.
- Gelet op de manier van transmissie van Covid-19 (druppel/contact) adviseert het OMT dat in situaties waarin Covid-19 patiënten binnen 1,5 meter verzorgt worden, maar geen handelingen verricht worden die aanleiding geven tot aerosolvorming, kan volstaan worden met een chirurgisch masker type IIR.

Gepast gebruik van maskers is belangrijk vanwege de schaarste, maar ook omdat maskers nadelen hebben. Dit betekent dat het gebruik van maskers echt aan specifieke handelingen en specifieke situaties worden gekoppeld. Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen.

FFP2-maskers kunnen slechts voor beperkte tijd gedragen worden. Het dragen ervan is voor zorgmedewerkers intensief. De maskers zitten erg strak op het gelaat en filteren dermate sterk dat je dat als zorgverlener niet lang volhoudt. Je krijgt beperkt zuurstof vanwege de dichte structuur van het masker

en het filter. Bij het wat langer dragen vindt verzadiging plaats door het vocht in de ademhaling. Op een gegeven moment wordt het daarom steeds moeilijker om door te ademen. Tot slot, bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten om voldoende zuurstof te krijgen. Bij onjuist gebruik kunnen deze FFP2-maskers het risico op besmetting zelfs verhogen.

Het OMT heeft specifiek geadviseerd over gebruik van maskers in verpleeghuizen. Ook daar zijn de basis hygiëne maatregelen zoals vaak handen wassen essentieel. Een deel van de overdracht geschiedt namelijk via de handen. Voor verpleeghuizen geldt dat als er 1 positief geteste bewoner is, de afdeling waar die bewoner zich bevindt, wordt afgesloten en de hele afdeling als besmet beschouwd wordt ook al is dat mogelijk niet het geval. Dit is een zgn. Covid-19-cohort. Op die afdeling wordt het dragen van het chirurgisch mondneusmasker de norm bij verpleging en verzorging binnen 1,5 meter van de patiënt of cliënt. Op afdelingen die gescheiden zijn van de Covid-afdeling is geen reden tot gebruik van maskers.

Medewerkers in de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdzorg (Jeugdwet) hebben over het algemeen geen persoonlijke beschermingsmiddelen nodig. Meestal kunnen zij de 1,5 meter afstand bewaren in hun werk. In het algemeen geldt dat als de cliënt last heeft van verkoudheidsklachten, verhoging of koorts, dat een dokter in geschakeld wordt en de

ondersteuning of hulp (tijdelijk) uitgesteld. Als is vastgesteld dat de cliënt besmet is met COVID-19 dan wordt de ondersteuning en hulp uitgesteld. Als de ondersteuning en hulp desondanks toch moet doorgaan, dan kunnen medewerkers in de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdzorg (Jeugdwet) over een reservepakket persoonlijke beschermingsmiddelen beschikken.

287468

VSO 25 295 **Infectieziektenbestrijding (deel MO)**

Vragen voor MO:

Nr.	Vraag	Beantwoorder	Status
6	De leden van de VVD-fractie signaleren echter wel dat de inhuizing in verpleeghuizen grotendeels stilligt als het gevolg van het coronavirus en dat daardoor een grote groep cliënten die niet meer zelfstandig thuis kan wonen niet de zorg en sociale begeleiding krijgt die nodig is. Is de minister zich daarvan bewust en zo ja, wat voor stappen wil hij ondernemen om dit proces weer op een verantwoorde manier op gang te brengen?	Vraag 6: LZ -> DMO Actie (10)(2e) / (10)(2e) (MO (10)(2e) met (10)(2e) / (10)(2e) ??)	
20	Deze leden vragen het volgende aan de minister, en zouden graag puntsgewijs een antwoord willen ontvangen. Wanneer is voor de eerste keer een inventarisatie gedaan hoeveel persoonlijke beschermingsmaterialen, en specifiek mondkapjes, benodigd zijn in de verpleeghuiszorg? Wanneer is deze inventarisatie ook voor de eerste keer gedaan voor de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), **de maatschappelijke opvang**, jeugdzorg, thuiszorg, fysiotherapeuten en huisartsenzorg? Wat was de omvang van de ramingen in deze sectoren? Wanneer zijn deze ramingen bijgesteld? Wie maakten deze ramingen? Kan de minister deze gegevens in een overzichtelijk tabel met de Kamer delen, zo vragen de leden van de GroenLinks-fractie	Vraag 20: LZ -> GMT/PG Actie: (10)(2e) (MO (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)? vanwege maatschappelijke opvang)	
40	Is men bereid om meer dagbesteding aan te beiden aan kinderen met een zware beperking? Kunnen goede voorbeelden van zorgaanbieders en gemeenten niet uitgewisseld worden? Is de minister bereid om gemeenten aan te spreken die daarin achterblijven? **Hoe kijkt de minister aan tegen voorzichtige experimenten met ouderen om op deze wijze ook mantelzorgers te ont zorgen**?	Vraag 40: DMO -> (10)(2e) (10)(2e)?? LZ (10)(2e) **volgens mij moet LZ of Jeugd hier voorop en niet MO.** Actie: (10)(2e)	
64	Is de capaciteit hiervan nu wel op orde? Waar blijkt dat uit? Wat is het aandeel van dak- en thuislozen die nu uit het oog zijn verloren van opvanginstellingen? Welke lessen worden getrokken uit de effecten van de coronacrisis op dak- en thuislozen en op welke wijze bevorderen deze lessen het denken over het toekomstig beleid?	Vraag 64: DMO (10)(2e)	
65	Hoe gaat het specifiek met deze groep, bijvoorbeeld welke initiatieven lopen er om hen te ondersteunen bij de beschikbaarheid van slaapplaatsen met voldoende afstand, bij de manier waarop zij de dag veilig kunnen doorbrengen enzovoorts? Ook vragen genoemde leden om een verdere uitwerking van de (zogenaamde) evidente redenen waaronder huisuitzettingen toch plaats kunnen vinden, een stand van zaken met betrekking tot de beschikbaarheid van beschermingsmiddelen in deze sector en een stand van zaken met betrekking tot het testbeleid.	Vraag 65: DMO (10)(2e) ?	
67	De leden van de VVD-fractie merken dat zorgmedewerkers en hun cliënten en/of dierbaren de informatie vaak te onduidelijk vinden, of de informatie moeilijk kunnen vinden. Het gaat dus niet om de capaciteit, of het beleid, maar wel om de duidelijkheid en toegankelijkheid van de informatie. Herkent de minister deze signalen en zo ja, welke stappen gaat hij zetten om alle stukken met informatie nog duidelijker en toegankelijker te maken?	Vraag 67: DMO (10)(2e)?	
67	Verschillende informatiebronnen kunnen elkaar ook tegenspreken. Er zijn situaties bekend dat mantelzorgers met mondkapjes bij een cliënt over de vloer komen terwijl de zorgverlener de zorg aan die cliënt zonder persoonlijke beschermingsmiddelen moet verlenen omdat de RIVM-richtlijn gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen in die situatie niet voorschrijft. Herkent de minister dit soort signalen en zo ja, welke stappen gaat hij zetten om ervoor te zorgen dat er een eenduidig beleid voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen wordt gehanteerd?	Vraag 67: DMO (10)(2e) (10)(2e)?	

71	De leden van de PVV-fractie ervaren hier een ernstige informatieachterstand en vragen de minister de Kamer te informeren over de zorg thuis en de huishoudelijke hulp.	Vraag 71: DMO/ (10)(2e) /(10)(2e)?	
72	Er is een grote uitval onder zorgmedewerkers. Hoe groot is deze in de wijkverpleging en hoe groot is deze in de huishoudelijke hulp, zo vragen genoemde leden aan de minister.	Vraag 72: Meva/CZ/DMO: (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)?	
73	Veel zorgmedewerkers melden zich ziek uit angst besmet te raken, hun cliënten te besmetten of een kwetsbare partner te besmetten. Ze geven al weken aan geen of onvoldoende beschermingsmiddelen te hebben, waardoor ze nog banger zijn. Deze leden vragen hoe groot deze groep is.	Vraag 73: Meva/CZ/DMO (10)(2e)?	
75	Ook horen deze leden dat wijkverpleging en huishoudelijke hulp vanuit de instellingen zijn afgeschaald. Hoe groot is de omvang hiervan? Waarom krijgen mensen niet de zorg die ze wel nodig hebben? De wijkverpleging en de wijkziekenverzorging worden bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet. Hier geldt een recht op zorg. Waarom krijgt een deel van de mensen niet de zorg die ze nodig hebben en waar ze wel recht op hebben? Hoe wordt de situatie van cliënten gemonitord? Deze leden vragen voorts of thuiszorg tijdig weer wordt opgeschaald wanneer zich problemen voordoen. Hoe zorgt de minister dat afgeschaalde thuiszorg zo snel en zo volledig mogelijk weer veilig opgestart wordt?	Vraag 75: CZ/DMO (10)(2e) met (10)(2e)	
76	De leden van de PVV-fractie constateren dat mantelzorgers kwetsbare mensen mede uit angst op besmetting niet meer bezoeken. Hoe gaat de minister er concreet voor zorgen dat mantelzorgers op korte termijn daadwerkelijk toegang hebben tot beschermingsmiddelen zodat zij veilig hun cruciale rol weer kunnen oppakken?	Vraag 76: DMO (10)(2e) (10)(2e)	
79	De leden van de PVV-fractie vragen wanneer de Kamer op de hoogte gesteld wordt van de stand van zaken voor wat betreft de zorg thuis.	Vraag 79: DMO (10)(2e) (10)(2e)? i.s.m. LZ	
79	De impact van de coronacrisis op mantelzorgers met een thuiswonende naaste met dementie is zwaar onderbelicht. De Kamer kan niet ongeïnformeerd blijven. Hoe zorgt de minister ervoor dat alle aanbieders van dagbesteding op korte termijn een alternatief bieden voor weggevallen dagbesteding conform de landelijke richtlijn dagbesteding en –opvang Zvw, Wlz, en Wo2015? Op welke wijze wordt naleving van de richtlijnen voor dagbesteding, mantelzorgondersteuning en huishoudelijke hulp gemonitord?	Vraag 79: DMO (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)?	
82	De leden van de PVV-fractie lezen in de voorliggende brief dat het tweede ankerpunt voor de te nemen maatregelen het beschermen van kwetsbare groepen betreft. Als er niets bekend is over de situatie in de zorg en huishoudelijke hulp thuis en negen op de tien ouderen en gehandicapten woont thuis, waar worden de te handhaven maatregelen dan op gebaseerd? Hoe worden conclusies getrokken? Hoe wordt bekend of maatregelen werken, zo vragen deze leden.	Vraag 82: DMO/ (10)(2e)? **i.s.m. LZ lijkt mij ook vanwege gehandicaptenzorg**	
83	De leden van de CDA-fractie begrijpen dat de minister met gemeenten en zorgaanbieders heeft afgesproken om bij 'kwetsbare mensen thuis zo lang als mogelijk in te zetten op stut en steun in de thuissituatie.' Genoemde leden vragen hoe zij deze afspraken moeten lezen. Maken gemeenten met zorgaanbieders ook afspraken aan welke voorwaarden moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor (extra) middelen? Deze leden merken dit op omdat zij ook berichten ontvangen dat mensen die afhankelijk zijn van zorg thuis (bijvoorbeeld wijkverpleging) geheel verstoken blijven van deze zorg thuis. Deze leden vragen tevens hoe de verhouding is van deze coronacrisis tot de zorgplicht van zorgaanbieders.	Vraag 83: CZ/DMO/ (10)(2e)?	
84	De leden van de CDA-fractie zijn bezorgd over de mantelzorgers. Zij hebben geen andere keuze dan voor hun dierbare(n) te zorgen. Zijn zij voldoende in beeld en kunnen zij aan voldoende materiaal komen?	Vraag 84: DMO, (10)(2e) /(10)(2e)	
87	Kan de minister aangeven of naast de oproep om reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang te laten vinden ook verdere actie ondernomen	Vraag 87: CZ/DMO/ (10)(2e) (10)(2e)	

287468

	wordt om deze vorm van zorgmijding te voorkomen? Welk aandeel van de overledenen aan het coronavirus betrof de thuissituatie? Kan de minister aangeven of hij wil zorgdragen dat de richtlijnen en de verdeling van persoonlijke beschermingsmiddelen voldoende ruimte bieden om alle noodzakelijke zorg in de thuissituatie te kunnen aanbieden?		
88	Daarnaast zijn veel mantelzorgers overbelast en wordt dit verergerd door het uitvallen van dagbesteding. Op welke wijze zijn gemeenten en aanbieders actief om ervoor te zorgen dat dagbesteding zo veel mogelijk op een verantwoorde manier doorgang kan vinden?	Vraag 88: DMO/ (10)(2e) (10)(2e)?	
89	Kan de minister ingaan op deze mogelijkheid en aangeven hoe de landelijke en lokale overheden daarmee omgaan?	Vraag 89: DMO(10)(2e)?	
90	Ziet de minister dat óók en zo ja, kan hij dit voorstel overnemen? Zo nee, hoe borgt de minister dat afgeschaalde thuiszorg zo snel en volledig mogelijk weer wordt opgestart?	Vraag 90: CZ/DMO/(10)(2e)?	
91	Is de minister het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat het bieden van persoonlijke beschermingsmaterialen mogelijk een rol kan spelen om mantelzorgers weer hun taken te kunnen laten oppakken? Kan de minister deze vraag aan het OMT voorleggen en is de minister het met genoemde leden eens dat mantelzorgers zo snel mogelijk toegang moeten kunnen krijgen tot beschermingsmiddelen? Zo ja, binnen welke termijn is er beschermingsmateriaal beschikbaar voor mantelzorgers?	Vraag 91: DMO/ (10)(2e)	
92	De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de mensen die in een kwetsbare positie thuisblijven. Zij krijgen meldingen binnen dat mensen de thuiszorg stopzetten omdat ze bang zijn besmet te raken. Kan de minister aangeven of hij deze meldingen ook binnenkrijgt en hoe groot dit probleem is? Zijn er mogelijkheden via richtlijnen of via een oproep onder zorgaanbieders om dit probleem aan te pakken?	Vraag 92: CZ/DMO(10)(2e)?	
94	Voorts krijgen de leden van de SP-fractie veel vragen binnen over welke aanvullende maatregelen lokale coalities en wethouders kunnen nemen om kwetsbare mensen in de thuissituatie nog beter te kunnen ondersteunen. Kan de minister suggesties geven welke aanvullende maatregelen wethouders en gemeenteraden op dit punt kunnen nemen?	Vraag 94: DMO (10)(2e)	
96	De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke zorg en ondersteuning er beschikbaar is voor gezinnen waarbij beide ouders ziek zijn en er geen of weinig sociaal netwerk is om de kinderen op te vangen of te begeleiden bij thuisonderwijs.	Vraag 96: DMO/(10)(2e) en (10)(2e) Jeugd (**Moet Jeugd hier niet vooraan staan?)**	
97	Wanneer gaan de mantelzorgers dit daadwerkelijk merken? Waar kunnen zij terecht om beschermingsmiddelen te krijgen en om getest te worden, en welke voorwaarden gelden hierbij, zo vragen genoemde leden.	DMO Vraag 97:**GMT:** (10)(2e) **geeft aan dat dit MO moet zijn ipv GMT.** (10)(2e) /(10)(2e)**?**	
100	Tevens gaan de zorgen van deze leden uit naar de mantelzorgers. Er is de toezegging gedaan dat de mantelzorgers worden meegenomen in het verdeelmodel voor de beschermende middelen. Mantelzorgers worden nu meer belast dan voor het coronavirus het geval was. Vooral mantelzorgers van mensen met dementie. Hoe kan meer ondersteuning op afstand worden geboden?	Vraag 100: DMO/ (10)(2e) (10)(2e)?	
108	Kan de minister aangeven of er studies zijn gedaan naar de effectiviteit van dergelijke mondkapjes en of hij bereid is om naar de mogelijkheden van stoffen mondkapjes voor mantelzorgers te kijken?	Vraag 108: Jeugd/GMT (10)(2e) van **GMT geeft aan dat dit MO moet zijn** (10)(2e) /(10)(2e)	
114	Verder is het lid (10)(2e) van mening dat het zorgwekkend is dat aanvragen voor hulpmiddelen stilliggen en verschillende gemeenten aangeven hier momenteel niet de capaciteit voor te	Vraag 114: GMT **GMT meent dat dit MO moet zijn.**	

	kunnen missen om dit in te lopen. Ouders krijgen hierdoor fysieke klachten omdat til-voorzieningen nu niet geleverd worden. Wanneer verwacht de minister dat dit soort voorzieningen weer geleverd worden? Wat doet de minister om deze onwenselijke situatie op te lossen?	**Als dat zo is wie van MO.**	
121	De leden van de D66-fractie ontvangen signalen dat aanbieders van zorgvervoer (doelgroepenvervoer) hard geraakt worden door de gevolgen van het coronavirus. Zij vragen of de minister in contact is met de sector om de continuïteit van het vervoer te waarborgen. Zo nee, is de minister daartoe bereid? Kan daarnaast deze sector meegenomen worden in het onderzoek naar nut en noodzaak van persoonlijke beschermingsmiddelen voor contactberoepen, aangezien bij het zorgvervoer de anderhalve meter afstand vaak praktisch niet te handhaven valt?	Vraag 121: DMO (10)(2e) ??	
123	De leden van de SP-fractie begrijpen dat de noodregeling Stimuleringsregeling E-health Thuis, die opgezet is om e-health mogelijk te maken, veel aanvragen heeft opgeleverd. Zorgaanbieders zoeken op dit moment immers naar allerlei vormen van zorg die ze nog wel kunnen leveren. Deze leden vragen wanneer de uitslagen van deze noodregeling bekend zijn en per wanneer deze activiteiten derhalve kunnen starten.	Vraag 123: DMO (10)(2e) (10)(2e)?	
143	De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister of hij het in het NRC-artikel geschetste beeld '**Onrust bij thuiszorg** en wijkverpleging om gebrek aan bescherming', herkent vanuit onder meer de thuiszorg en wijkverpleging dat (in ieder geval toen) de situatie 'vrijwel onhoudbaar' is en patiënten en zorgverleners 'in gevaar' worden gebracht door een gebrek aan bescherming?[1]	Vraag 143: GMT/CZ/DMO/(10)(2e)?	
144	Hoe kan het dat weken nadat daarover de eerste signalen zijn gegeven de situatie klaarblijkelijk niet verbeterd is, sterker nog, er sprake is van 'groeiende onrust' in de **thuiszorg**, de wijkverpleging, de gehandicaptenzorg, de ggz, de kraamzorg en in verpleeghuizen? Hoe ernstig is de situatie volgens de minister als vakbonden aangeven dat de situatie 'onacceptabel' is en nu zelfs (in deze tijd) dreigen hun achterban op te roepen niet meer naar het werk te gaan? Begrijpt de minister deze oproep, zo vragen genoemde leden.	Vraag 144: GMT/CZ/DMO(10)(2e)	
145	Kan de minister reageren op de uitspraak van de voorzitter van de V&VN in genoemd NRC-artikel: 'Het duurt gewoon te lang. De inkoop is niet oké, de productie is niet oké en de distributie is niet oké'? Herkent en erkent de minister het gevoel bij veel medewerkers in de **thuiszorg**, wijkverpleging, gehandicaptenzorg, kraamzorg, GGD en verpleeghuizen dat er blijkbaar onvoldoende aandacht voor hun veiligheid bestaat? Heeft de minister begrip voor het gevoel bij veel van deze zorgmedewerkers dat zij op het verkeerde been zijn gezet met de suggestie dat ze vanaf 6 april zouden worden getest terwijl, naar later bleek, er sprake was van allerlei 'mitsen en maren'?	Vraag 145: GMT **Lijkt mij ook in samenwerking met MO** (10)(2e)	

[1] NRC.nl, 6 april 2020, 'Onrust bij thuiszorg en wijkverpleging om gebrek aan bescherming'

Spreeklijnen en Q&A

287472

Inhoud

Spreeklijnen
Besmettingsroute en noodzaak PBM
Voorzitter,

- Ik geef graag een korte toelichting op hoe het coronavirus zich kan verspreiden in relatie tot in welke situaties persoonlijke beschermingsmiddelen nodig zijn
- Het coronavirus bevindt zich bij patiënten in de neus, keel of longen en verspreidt zich niet vanzelf maar moet daarbij geholpen worden. Dit gebeurt via de lucht door hoesten en niesen of doordat het via de handen wordt overgedragen.
- Door hoesten en niezen komt het virus in de lucht via kleine druppeltjes. Deze druppeltjes blijven niet in de lucht zweven, maar dalen snel neer, binnen 1,5 meter van de patiënt. Iemand die heel dichtbij is kan de druppeltjes dus inademen.
- Er zijn geen aanwijzingen dat het virus zich aerogeen verspreidt, dus via kleinere deeltjes die in de lucht blijven zweven. De kans dat het zich via praten en ademhalen kan verspreiden is dus zeer klein.
- Het coronavirus kan via de handen verspreid worden als een patiënt met zijn handen aan de neus zit en vervolgens iemand een hand geeft. Ook kan het virus door hoesten of via de handen op voorwerpen terechtkomen die iemand anders vastpakt, zoals een deurklink. Daarom zijn de algemene hygiënemaatregelen zo belangrijk.

- Dat betekent dat het in situaties wanneer iemand geen klachten heeft en afstand kan worden gehouden, ook niet nodig is preventief persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken.
- Belangrijk is dat zorgmedewerkers regelmatig hun handen wassen en zich aan de algemene hygiënemaatregelen houden. Zo kunnen zij zichzelf goed beschermen.
- Mondkapjes moeten dus alleen gebruikt worden als dat echt nodig is, zoals aangegeven in de uitgangspunten die het RIVM heeft opgesteld voor gebruik van PBM. Ook voor het geven van zorg en ondersteuning buiten het ziekenhuis geldt als uitgangspunt dat bij cliënten die niet verdacht zijn van COVID-19 geen risico is op besmetting en geen extra maatregelen nodig zijn.
- Voor zorgverleners in de thuissituatie is het belangrijk elke keer dat ze een cliënt thuis bezoeken het gesprek aan te gaan en te checken of hij of zij geen COVID-19 klachten heeft en niet besmet is.
- In het geval hier wel sprake van is, dient de zorg en ondersteuning uitgesteld te worden als dit kan. Waar dit niet kan zullen PBM nodig zijn om de zorg veilig te verlenen.
- In de praktijk blijkt echter dat medewerkers zich zorgen maken omdat het niet altijd even duidelijk is, of vooraf goed in te schatten is of iemand echt niet besmet is. Dit geeft onzekerheid en angst bij medewerkers. Dat begrijp ik.

- Daarom is vanaf 1 mei ruimte gegeven aan professionele zorgverleners om beredeneerd af te wijken van de uitgangspunten en gebruik te maken van persoonlijke beschermingsmiddelen als de specifieke situatie daarom vraagt. Dat is nu expliciet in de RIVM uitgangspunten opgenomen.
- De situaties in de praktijk zijn niet altijd goed te vangen in algemene uitgangspunten. De V&VN heeft daarom samen met een aantal partijen voor de verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten een handreiking opgesteld met handvatten en voorbeelden van situaties waarin PBM nodig kunnen zijn. Die handreiking is op 14 mei gepubliceerd. Daarover is ook met de bonden gesproken.
- De bonden zullen een vergelijkbaar traject doorlopen voor in elk geval professionals in de Wmo ondersteuning (huishoudelijke hulp, dagbesteding/begeleiding en maaltijdondersteuning). Voor deze groep is een reservepakketje beschikbaar voor onverwachte situaties of ingeval van gerede twijfel. Uiteraard dienen er wel voldoende PBM beschikbaar te zijn, inclusief de reservepakketjes. Aanbieders kunnen deze via de normale route bestellen voor hun medewerkers. ZZP-ers kunnen deze reservepakketjes bestellen via de website van Solopartners, de brancheorganisatie voor zelfstandige zorgverleners. Dat geldt dus ook voor PGB gefinancierde formele zorgverleners. Dit is allemaal ingeregeld.

Verdeling persoonlijke beschermingsmiddelen

- Zorginstellingen en andere zorgverleners maken gebruik van eigen reguliere kanalen voor inkoop van persoonlijke beschermingsmiddelen. Indien deze kanalen tekortschieten, kunnen ze inkopen via het LCH. Hiervoor kunnen ze een aanvraag indienen via het webportaal.
- In eerste instantie vond de verdeling van de schaarse persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, plaats op basis van de aanname dat corona-patiënten vooral in de acute zorg terecht zouden komen.
- Een deel van de middelen was toen echter ook al beschikbaar de langdurige zorg en voor noodsituaties.
- Naarmate de corona-uitbraak zich verder ontwikkelde bleek dat deze insteek niet meer paste, omdat ook medewerkers uit andere sectoren risico's liepen in het geval zij gevraagd werden zorg te verlenen bij (mogelijke) COVID-19-patiënten.
- Daarom is sinds 13 april jl. een nieuw verdeelmodel van kracht. Uitgangspunt van dit model is dat waar dezelfde risico's zijn ook dezelfde bescherming nodig is en beschikbaar moet zijn. Dit verdeelmodel is dus niet gebaseerd op de verschillende zorgsectoren, maar gaat uit van het besmettingsrisico dat zorgverleners lopen bij verschillende handelingen. En dus ook voor het geval dat zorgprofessionals beredeneerd afwijken van de uitgangspunten.

- Het LCH geeft aan dat er op dit moment voldoende middelen zijn om aan de vraag te kunnen voldoen.
- Het LCH en de ROAZ doen bij het verstrekken van de middelen een check of de aanvraag realistisch is om te voorkomen dat nieuwe tekorten ontstaan.
- Ook blijft gepast gebruik van de middelen zeer belangrijk om te zorgen dat voldoende middelen beschikbaar blijven.

De beschikbaarheid van beschermingsmiddelen voor de zorg

- Voor de uitbraak van COVID-19 werden beschermingsmiddelen als mondmaskers besteld via reguliere leveranciers. Een zorgaanbieder werkte vaak met enkele vaste leveranciers.
- Je mocht er trots op zijn als je over een zeer efficiënt systeem van bevoorrading beschikte.
- Door de wereldwijde uitbraak van COVID-19 staat de wereld van beschermingsmiddelen op z'n kop. Eerst stortte de productie in; vervolgens explodeerde de vraag naar beschermingsmiddelen wereldwijd. Er ontstond schaarste en de markt veranderde in een tafereel dat soms aan het Wilde Westen doet denken.
- Om verzekerd te blijven van voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen, was het nodig om - naast de inkoop vanuit zorginstellingen via hun reguliere kanalen –, inkoopkracht en expertise te bundelen om (zonder

winstoogmerk) voor Nederland grote hoeveelheden beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen.

- Dat lukt steeds beter. Het LCH is inmiddels erin geslaagd een robuust netwerk op te bouwen met 50 leveranciers.
- Het LCH heeft op deze markt bijna een miljard mondkapjes ingekocht. Dit gaat om zowel chirurgisch en FFP maskers.
- Er is een portal waar inmiddels 5000 zorginstellingen op zijn aangesloten. En het aantal neemt iedere dag toe.
- De voorraad beschermingsmiddelen wordt dagelijks aangevuld. Deze week komen naar verwachting bijvoorbeeld weer ruim 2 miljoen chirurgische maskers en bijna 5 miljoen FFP2 maskers aan in Nederland.
- Het LCH gaat alleen over tot aankoop van middelen als aan de voorkant alles in orde is. Er moeten bijvoorbeeld geldige certificaten zijn.
- Het LCH voert natuurlijk voortdurend gesprekken met de betrokken leveranciers over de kwaliteit van de beschermingsmiddelen.
- De beschermingsmiddelen worden vervolgens zowel in het land van aankoop gecheckt als ook bij aankomst in Nederland. Het RIVM doet dit in een speciaal daarvoor ingerichte kwaliteitsteststraat bij het LCH.
- En ja, dat betekent dat er middelen afvallen die we niet uitleveren aan de zorg. Bij massa productie is het overigens niet vreemd dat er ook een uitvalpercentage is.

- Dat lijkt mij de goede werking van de afspraken: richtlijnen die aangeven wanneer welke beschermingsmiddelen moeten worden gebruikt op basis van het besmettingsrisico. En dan moeten die beschermingsmiddelen ook voldoen aan de eisen.
- Overigens heeft de afkeuring van een groot deel van de mondkapjes bij het LCH te maken met de filterkwaliteit maar voor een ander deel met de fit. Wij bekijken of deze met een gebruiksinstructie toch gebruikt kunnen worden.

- Het LCH heeft op dit moment voldoende beschermingsmiddelen om aan de huidige vraag in de zorg te voldoen. En er komen iedere dag nieuwe spullen bij het LCH binnen.
- Dit neemt niet weg dat het een uitdaging blijft om beschermingsmiddelen naar Nederland te krijgen. Zo is op moment het aanbod van handschoenen wereldwijd veel beperkter dan het was en ook schorten en beschermingsjassen blijven een aandachtspunt. De grondstoffen hiervoor zijn wereldwijd beperkt.
- Je kunt er nog zoveel bestellen, ze moeten wel eerst zijn geproduceerd en naar Nederland worden getransporteerd. Dat betekent dat het LCH haar mogelijkheden voor transport ook breed inzet. Het LCH werkt zowel met vliegtuigen als met treinen en schepen en dat vanuit zoveel mogelijk verschillende locaties. Deze locaties mogen er meer worden. En het LCH wil samenwerken met

leveranciers die werken met aanvoerlijnen uit nieuwe landen.

- Dat brengt mij op de andere vraag: komt het door het LCH dat verpleeghuizen met cowboys in zee moeten?
- Nee is daarop mijn korte antwoord. Verpleeghuizen kunnen inkopen bij de betrouwbare reguliere leveranciers en bij het LCH. Het LCH is niet het probleem, maar is juist deel van de oplossing.
- Helaas zijn er naast deze betrouwbare partijen cowboys op de markt en is het dan ook lastig om het kaf van het koren te scheiden.
- Goed toezicht is daarom belangrijk door de NVWA en de FIOD, net als dat zorginstellingen zelf kritisch zijn op de spullen die ze inkopen. Er zijn zorginstellingen die zelf hun spullen soms testen. Dat helpt. Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.
- Terwijl het LCH volop beschermingsmiddelen naar Nederland haalt ben ik ook het gesprek gestart met zowel reguliere leveranciers als zorgaanbieders over de vraag hoe we ook structureel zorgen dat er voldoende beschermingsmiddelen voor medewerkers in de zorg beschikbaar zijn de komende jaren. Dit gesprek wordt ook in Europees verband gevoerd.
- We weten inmiddels allemaal dat de ontwrichting van de markt voor beschermingsmiddelen niet zomaar overgaat.

We hebben het over een fundamenteel andere situatie op de wereldmarkt dan voor covid. Dit vereist dat we met elkaar om tafel gaan om te bespreken welke rol eenieder kan spelen en welke rol ook vanuit de overheid noodzakelijk is.

- Eén spoor daarbij is in ieder geval meer Nederlandse productie. Inmiddels worden in Nederland FFP-2 maskers, beschermingsbrillen, spatbrillen en beademingsapparaten geproduceerd en ben ik verheugd te kunnen melden dat ik contracten heb gesloten met bedrijven die chirurgische maskers gaan produceren.
- Maar laat ik hier vooral ook onderstrepen dat er los van de bedrijven waarmee EZK en ik in gesprek zijn ook allerlei andere bedrijven zijn die zelf innovatieve initiatieven ontwikkelen rond beschermingsmiddelen. Dat juich ik toe.

Waarom geen preventieve inzet beschermingsmiddelen in de zorg?

- Nu hoor ik ook wel pleidooien dat er chirurgische kapjes moeten worden ingekocht of geproduceerd voor preventief gebruik in de zorg.
- Ik ben hier niet voor.
- Ten eerste niet omdat het – zoals ik hiervoor al aangaf – in de zorg niet nodig is daar waar er geen besmettingsrisico is.
- Maar ook omdat je onnodig nieuwe schaarste creëert. Bij preventief gebruik heb je het uitgaand van ca 20 kapjes

per dag voor 1,2 miljoen zorgverleners over bijna 9 miljard maskers per jaar.

- Dan loopt je het risico dat zorgmedewerkers die ze nodig hebben over voldoende beschermingsmiddelen kunnen beschikken.

Waarom geen chirurgische maskers voor buiten de zorg?

- Dit geldt buiten de zorg al helemaal, het dragen van mondkapjes is niet nodig.
- We weten allemaal dat we 1,5 meter afstand moeten houden, onze handen moeten wassen, drukte moeten vermijden en thuis blijven als we ons niet lekker voelen.
- Dan is er geen vermoeden van besmetting en dan is er ook geen reden om mondkapjes te gebruiken.
- Alleen in het OV hebben we, omdat het soms niet lukt om 1,5 meter afstand te houden, voor alle zekerheid gezegd dat aanvullend op het gedrag waaraan we ons moeten houden (net als in Duitsland en Belgie) niet medische kapjes zullen worden ingezet.
- Een niet-medisch mondkapje draag je niet ter bescherming van jezelf, maar kan bij goed gebruik het risico verkleinen dat druppels uit mond en neus worden verspreid naar de omgeving. Het is geen vervanging van, maar een aanvulling op de geldende hygiëneregels.
- Maar stel je voor dat we wel alle mensen in Nederland een chirurgisch mondmasker zouden dragen, waar hebben we het dan eigenlijk over in getallen?
- Ik hoorde iemand op de radio zeggen dat iedereen in Nederland er 3 per dag nodig zou hebben. Ik vraag me af waar dat op is gebaseerd, maar laten we dat als uitgangspunt voor de som nemen.

- 17 miljoen mensen die elke dag 3 maskers dragen. Dat betekent op jaarbasis ruim 18 miljard kapjes. Ik kan mij niet voorstellen dat dit geen verdringing van voldoende chirurgische maskers voor de zorg oplevert.
- En bovendien een chirurgisch masker kost nu online ca 1. Euro en 18 miljard euro voor niet besmette mensen vind ik veel geld.

Opschalen IC-capaciteit

- Na een piek van het aantal Covid-patiënten op de IC's – tot maximaal 1378 Covid-patiënten begin april – zien we nu gelukkig alweer enkele weken een gestage daling.
- Het is gelukt om de benodigde zorg te bieden: met het nodige kunst- en vliegwerk, een enorme toewijding en inzet van de mensen in de zorg en door dankbaar gebruik te maken van de welwillendheid van Duitse ziekenhuizen om Nederlandse patiënten op te nemen.
- De gevolgen en de impact daarvan waren groot, en zijn dat nog steeds. Voor patiënten, hun naasten, maar ook zeker voor alle zorgprofessionals in de ziekenhuizen. Een volgende piek willen we hoe dan ook voorkomen.
- De (verwachte) bezetting van IC-bedden en de beschikbare buffercapaciteit in de ziekenhuizen is dan ook één van de factoren die meespeelt in de controlestrategie.
- We streven naar een situatie waarin we:
  a. Zoveel mogelijk voorkomen dat (acute) reguliere zorg te veel wordt verdrongen;
  b. Rekening houden met de benodigde IC-capaciteit voor Covid-zorg;
  c. Flexibel kunnen opschalen indien de ontwikkeling van het virus onverhoopt toch weer tot een piekbelasting zou leiden.

- Als we structureel deze situatie willen, dan is het realistisch om naar een hogere capaciteit te gaan dan de huidige 1150 IC-bedden.
- Het streven van het kabinet daarbij bestaat uit drie delen:
    - Het gaat enerzijds om een (flexibel op te schalen) structureel verhoogde capaciteit tot 1700 IC-bedden;
    - Het gaat anderzijds om het uitwerken van een opschalingsplan tot 3000 als een grote piekbelasting zich zou aandienen,
    - Waarbij we in beide gevallen rekening houden met de bestaande samenwerkingsafspraken met Duitsland.

- Inmiddels heb ik het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) de opdracht gegeven om op korte termijn, in overleg met de betrokken veldpartijen, met een plan te komen over de opschaling van IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen, waarin deze drie onderdelen verder worden uitgewerkt.
- Ik realiseer me dat het vergroten van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is en dus tijd vergt, ook om te voorkomen dat dit teveel vergt van zorgprofessionals. Zeker zo vlak na een periode die zeer intens is geweest.
- Juist dit zorgpersoneel is hard nodig en moet goed betrokken worden bij de uitwerking van het plan. Dit vergt een goede doordenking en een door alle partijen gedragen plan.
- Daarom heb ik het LNAZ ook nadrukkelijk gevraagd om ook de ledenpeilingen van de FMS en V&VN en het advies van *Chief Nursing Officer* (CNO) Professor Buurman mee te

nemen bij de uitwerking van de opdracht.

- Naar verwachting wordt de Tweede Kamer eind juni geïnformeerd over de specifieke plannen voor de structurele uitbreiding van de IC-capaciteit naar zo'n 1700 bedden. Uiterlijk in september komt het specifieke plan voor de flexibele opschaling tot circa 3000 IC-bedden gereed, waarna de Tweede Kamer over dit deel geïnformeerd wordt.

- Dan nog een ander punt over de IC-capaciteit
- Toen we medio maart met de snelle toename van het aantal patiënten op de IC te maken kregen, ging het debat ook over de vraag wat te doen als er in de Nederlandse ziekenhuizen onvoldoende IC-plekken zouden kunnen zijn. "fase 3".
- Ik heb een draaiboek laten maken voor een last resort opschalingsmogelijkheid. Dat draaiboek heeft u ontvangen. Ook de KNMG en de FMS werken aan een richtlijn voor die situatie.
- Het zal iedereen duidelijk zijn dat het inzetten van een last resort optie heel veel medisch ethische, medisch inhoudelijke en bestuurlijke vragen oproept.
  Dit is een situatie waar we met zijn allen niet in terecht willen komen. En dat onderstreept nog maar eens het belang van de maatregelen die het kabinet neemt en de acties die we inzetten, zoals het eerder genoemde plan om de IC-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen fors uit te breiden.

Categorieën Mondmaskers

- Medische mondmaskers hanteren we als verzamelnaam voor de maskers die in de zorg worden benut bij zorgverlening aan patiënten. Er zijn twee categorieën mondmaskers te onderscheiden:

Adembeschermingsmaskers

- Ten eerste de adembeschermingsmaskers. Dit zijn de FFP maskers. Deze maskers bevatten een filter dat deeltjes uit de ingeademde lucht filtert. Deze dienen ter bescherming van de zorgverlener.
- Volgens de richtlijnen van het RIVM, is alleen bij hoogrisicohandelingen waarbij aerosolen vrijkomen in de ziekenhuis- en langdurige zorg FFP2 maskers nodig. Denk hierbij aan het uitvoeren van een bronchoscopie of het intuberen van een patiënt.
- Ook in sommige bedrijfsprocessen buiten de zorg in vitale sectoren zijn persoonlijke beschermingsmiddelen in bepaalde gevallen nodig. Denk bijvoorbeeld aan afvalverwerking of de voedingsmiddelenindustrie.
- (Evt: ik kan me voorstellen dat u de term "medisch mondmasker" hier verwarrend vindt. Maar het gaat bij deze bedrijfsprocessen om veel kleinere volumes dan in de zorg).

Chirurgische mondneusmaskers

De tweede categorie zijn de chirurgische mondneusmaskers. Deze beschermen de zorgverlener tegen druppels en spatten (met het virus) van de patiënt. Ook beschermen ze de patiënt tegen overdracht van bacteriën vanuit de zorgverlener. Bijvoorbeeld tijdens een operatie.

- Het RIVM adviseert het gebruik van een chirurgisch masker type IIR in situaties waarin Covid-19 patiënten binnen 1,5 meter worden verzorgd, maar er geen risico is op aerosolvorming.

Gepast gebruik mondmaskers

- Het gebruik van maskers is gekoppeld aan specifieke handelingen en specifieke situaties.
- Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan bijvoorbeeld over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen.
- Zo kunnen FFP2-maskers slechts voor beperkte tijd gedragen worden omdat het voor zorgmedewerkers intensief is. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten om voldoende zuurstof te krijgen. Bij onjuist gebruik kunnen deze FFP2-maskers het risico op besmetting zelfs verhogen.

Mondmasker buiten de zorg

- Het OMT heeft advies gegeven over het gebruik van maskers buiten de zorg.
- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene basisregels zoals thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten, het handhaven van de 1,5 meter afstand tussen mensen en (hand-) hygiëne.
- Essentieel is dat dat waar dit kan ook triage wordt toegepast. Dit houdt in dat voor aanvang van een dienstverlening wordt vastgesteld of de cliënt klachten heeft die passen bij COVID-19 en of de cliënt een huisgenoot heeft met koorts en/of benauwdheidsklachten.
- Het OMT concludeert dat met deze maatregelen persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals mondneusmaskers, niet noodzakelijk zijn.

Niet-medische mondneusmaskers in het OV

- In situaties waar triage en 1,5m afstand houden niet mogelijk is, zoals het OV, geeft het OMT aan dat niet-medische mondneusmasker bij juist gebruik kunnen bijdragen aan het voorkomen van de verspreiding van het virus.
- Deze maskers zijn ter bescherming voor de anderen om de reiziger heen en dus niet voor de reiziger zelf.
- Het gaat hier nadrukkelijk om **niet-medische mondneusmaskers.** Medische mondkapjes, die blijven voor de zorg.
- Hoe weet je of je met een masker te maken hebt dat niet eigenlijk voor medische gebruik is bedoeld?
- Deze maskers zijn niet voorzien van een CE-markering - die bestaat namelijk nog niet voor niet medische mondmaskers - of mogen verwijzen naar een norm voor medische hulpmiddelen.
- Ook mogen zij geen naam of naamgeving voeren die de suggestie wekt dat het product een medisch hulpmiddel is. Het moet duidelijk zijn dat het om een mondkapje zonder medische claim gaat.
- De NEN brengt 19 mei een advies uit waar een niet-medisch mondneusmaskers aan moet voldoen en hoe dit masker moet worden gebruikt.
- Ik verwacht overigens dat op korte termijn ook op Europees niveau een specificatie zal worden gepubliceerd.

Fitness/sportscholen

- Het kabinet heeft het spoorboekje gepresenteerd voor de versoepeling van de corona maatregelen
- Het openen van de sportscholen en fitnesscentra per 1 september heeft veel vragen opgeroepen
- Ik vind het belangrijk om te benadrukken dat we die datum van 1 september niet zo maar gekozen hebben
- We varen daarin op het kompas van de experts in het OMT die aangeven dat eerdere opening van de sportscholen onverantwoord zou zijn, omdat onvoldoende helder is dat dit geen risico's oplevert
- Op basis van dat advies heeft het kabinet de opening van de fitness op 6 mei op 1 september gezet
- Voor de fitnessbranche is dit zeer teleurstellend dat begrijp ik heel goed
- Met de brancheorganisatie van de fitness NLactief heeft minister van Rijn op 12 mei gesproken
- In het gesprek is gesproken over mogelijke aanvullende maatregelen die sportscholen kunnen nemen om het risico op besmetting te verkleinen
- Ideeën daarover leggen we ter beoordeling voor aan het OMT
- Op basis van hun advies kunnen we bekijken of eerdere opening mogelijk is

- Daarbij dient opgemerkt te worden dat fitness niet geïsoleerd van andere zaken beoordeeld wordt, iedere versoepeling moeten we in een totaalbeeld plaatsen, fasering is cruciaal
- Ik heb dan ook met Nlactief besproken hoe we de branche kunnen ondersteunen als het voorlopig als gevolg van het coronavirus nog niet mogelijk is om open te gaan

Achtergrond

Richtlijnen verpleeghuizen doorwerken met klachten en extra besmettingen

- ***Op 27 februari*** is de eerste patiënt in Nederland positief getest op COVID-19. Op dat moment en in de periode daarna was er in Nederland geen sprake van wijdverspreide transmissie van COVID-19. De kans was dus nog klein dat iemand in Nederland in aanraking zou komen met het coronavirus. Het beleid was daarop gebaseerd. Dat gold ook voor zorgmedewerkers. Daarna is het beleid steeds aangepast, afhankelijk van de stand van zaken rond de uitbraak en op basis van de adviezen van het OMT.

- ***Vanaf 2 maart*** gold als beleid voor verpleeghuizen en thuiszorg dat medewerkers die in een gebied met wijdverspreide transmissie zijn geweest, thuisblijven zodra zij zich niet lekker voelen (beginnende verkoudheid, keelpijn of verhoging). Dat gold ook voor vrijwilligers en bezoekers in verpleeghuizen.

- Daarnaast was het belangrijk de hygiëne goed in acht te nemen, dus hoesten of niezen in de elleboog, papieren zakdoekjes gebruiken en handen wassen voor en na de verzorging van patiënten.

- ***Op 6 maart*** was het advies van het RIVM aan zorgmedewerkers die in contact waren geweest met een besmette patiënt om bij de geringste klachten van verkoudheid of luchtweginfecties thuis te blijven en contact

op te nemen met de controlerende instantie om zich te laten testen.

- ***Toen het aantal besmette patiënten*** in Brabant toenam werd het advies gegeven voor inwoners van Noord-Brabant om sociale contacten te beperken als zij last hebben van verkoudheid, hoesten en/of koorts. Dit gold ook voor zorgmedewerkers. Deze medewerkers werd gevraagd om bij luchtwegklachten thuis te blijven en contact op te nemen met hun werkgever of zij mochten werken en of er diagnostiek moet worden ingezet.
- ***Op 10 maart*** is de eerste richtlijn voor de inzet van personeel buiten de ziekenhuizen opgesteld en verspreid. In deze fase werd onderscheid gemaakt tussen 2 situaties:
  1. de situatie dat de medewerker in een risicogebied was geweest of direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. In dat geval was het advies om bij verkoudheidklachten of hoesten thuis te blijven in overleg met de werkgever of te testen
  2. de situatie dat de medewerker niet in een risicogebied was geweest of geen direct contact had gehad met een patiënt met een bevestigde coronabesmetting. Hier was het advies dat men met klachten door kon werken. In deze situatie was de kans groot dat het geen coronabesmetting betrof maar andere luchtwegklachten. Bij koorts gold overigens altijd: stoppen met werken.

- ***Vanaf 20 maart*** golden voor medewerkers in o.a. verpleeghuizen met symptomen van COVID-19 (hoesten en/of neusverkouden en/of koorts) 3 opties:
    - thuisblijven tot 24 uur geheel klachtenvrij
    - persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken zodat de medewerker de patiënt niet besmet
    - medewerker testen.
- ***Vanaf 6 april*** is het testbeleid voor alle zorgmedewerkers verruimd en kan iedereen met lichte klachten zich laten testen.
- ***Per 10 april*** is ook het testbeleid voor bewoners verruimd. Uitgangspunt is dat iedere patiënt met een verdenking op COVID-19 getest wordt, ook als er al 1 of 2 positief geteste patiënten zijn op een afdeling.
- Volgens de richtlijnen is dus behalve in het begin in een specifieke situatie waarin de kans klein werd geacht dat het om COVID-19 ging, ***doorwerken met klachten alleen geadviseerd als er geen koorts was en met gebruik van beschermende middelen***. Ook is testen steeds als mogelijkheid aangegeven.

Q&A Bonden

1. **Q: Hoe kan het dat 6 op de 10 medewerkers in de verpleeghuizen en thuiszorg nog werken zonder persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals blijkt uit enquête van FNV**

- Volgens de richtlijnen van het RIVM is het alleen nodig om beschermende middelen te gebruiken bij verpleging, verzorging of lichamelijk onderzoek bij COVID-19- patiënten of mensen met COVID-19-klachten en het niet mogelijk is om 1,5 meter afstand te houden.

- Het is dus niet nodig *altijd* beschermingsmiddelen te gebruiken zoals door de FNV wordt gesuggereerd. Daarom is het heel belangrijk om voordat de zorg plaats vindt elke keer te checken of een cliënt klachten heeft en of de zorg veilig verleend kan worden (het check-gesprek).

- Dit is niet altijd mogelijk en in de praktijk ook niet altijd van tevoren duidelijk. Daarom is vanaf 1 mei expliciet ruimte gegeven aan professionals om op basis van een professionele inschatting beredeneerd af te kunnen wijken van de algemene uitgangspunten. En dus bij gerede twijfel over de aard van de klachten beschermingsmiddelen te gebruiken. In tegenstelling tot wat FNV beweerd is de RIVM-richtlijn dus wel aangepast.

- V&VN heeft hiervoor in samenwerking met IGJ, Actiz, Zorgthuisnl, VGN en RIVM een handreiking opgesteld met handvatten die op 14 mei is gepubliceerd. Daarover heb ik ook gesproken met de vakbonden. De bonden is gevraagd om een voorstel te doen voor een handreiking voor professionals die Wmo ondersteuning verlenen. Dat heb ik vandaag met de bonden afgesproken.
- Voor deze situaties moeten dus ook voldoende beschermingsmiddelen beschikbaar zijn.

- Algemeen preventief gebruik van PBM door alle zorgmedewerkers is dus niet nodig en niet wenselijk omdat het ook schijnveiligheid kan geven en dit bijdraagt aan de schaarste die we juist willen voorkomen. Uiteraard zijn wel altijd de algemene hygiënemaatregelen nodig.

Q&As mondkapjes in OV/openbare ruimte

1. **Q: Zijn niet-medische mondkapjes in het OV niet nutteloos tegen het geïnfecteerd raken tegen Corona?**

- Niet medische mondkapjes bij reizigers zijn niet ter bescherming van de reiziger zelf, maar van anderen om hem of haar heen.
- Het besluit om dit verplicht te stellen is ter aanvulling op de hygiënische maatregelen waarin de 1,5 meter afstand niet kan worden aangehouden en waar geen check op symptomen plaats kan vinden.
- Niet-medische mondkapjes beschermen van binnen naar buiten. Zij voorkomen daardoor dat de drager een ander besmet.
- Werkgevers in het OV zullen professioneel geproduceerde niet-medische mondkapjes gebruiken, waarbij goede aansluiting op de mond, kin en neus vereist is.
- Omdat in het OV de anderhalve meter niet altijd kan worden gehandhaafd en geen check vooraf mogelijk is, heeft het kabinet besloten mondkapjes te verplichten als extra maatregel bovenop de hygiënemaatregelen.

2. Waarom wil het kabinet geen medische mondkapjes in het OV? //Waarom mogen er alleen 'nepmaskers' worden gebruikt?

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting. Het OMT wijst er ook op het belang van de algemene hygienemaatregelen en stelt dat gebruik van mondkapjes in de openbare ruimte weinig meerwaarde biedt en zelfs naleving van de algemene maatregelen hiervan kan schaden. Daarnaast stelt het OMT dat medische mondmaskers voorbehouden moeten blijven aan de zorg.
- Het OMT heeft wel aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet, met alle mitsen en maren, besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld (evt: waar dit bij contactberoepen wel kan). Voor dit doel is het niet noodzakelijk om medische mondmaskers te gebruiken.Dit is ook vergelijkbaar met maatregelen in de landen om ons heen.
- Door te benadrukken dat het om niet-medische mondkapjes moet gaan kunnen medische mondkapjes voorbehouden

blijven aan de zorg en worden niet de indruk gewekt dat er sprake is van bescherming zoals in een medische setting.

3. Q: Wat heeft het OMT gezegd over niet-medische mondkapjes?

- Het OMT benadrukt het belang van volhouden van de algemene adviezen zoals het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten. Het strikt blijven opvolgen van deze adviezen is een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Medische mondkapjes dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg.
- Voor contactberoepen heeft het OMT een afwegingskader vastgesteld waarbij essentieel is dat naast strikte hygiënemaatregelen triage wordt toegepast.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondkapjes in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Het OMT stelt dat gebruik van niet-medische mondkapjes echter overwogen kan worden in die omstandigheden waar het niet mogelijk is om en anderhalve meter afstand te houden en vooraf een checkvraag te stellen.

4. Q: Is het niet schijnveiligheid om met een zelfgemaakt mondkapje in het OV te verplichten?

- Het OMT geeft aan dat er geen wetenschappelijke consensus is dat mondkapjes in de openbare ruimte besmettingen tegenhouden, maar er zijn enkele studies die erop wijzen dat deze een bijdrage leveren aan het voorkomen van besmetting.
- Het OMT heeft aangegeven dat mondkapjes overwogen kunnen worden waar de 1,5 meter niet haalbaar is en waar geen checkvragen gesteld kunnen worden. Daarop heeft het kabinet besloten om niet-medische mondkapjes verplicht te stellen in het OV, waar geen checkvragen kunnen worden gesteld.

5. Q: Wat is u reactie op het verhaal van NRC ten aanzien van mondkapjes in het OV?

- De NEN, het onafhankelijk kwaliteitsinstituut, heeft aangeboden om aanbevelingen te maken voor specificaties van niet-medische mondkapjes.
- Deze aanbevelingen zijn op 19 mei gepubliceerd.
- Deze richtlijn betreft geen dwingend juridisch kader, maar eerder handvatten voor de markt en voor burgers ten aanzien van een goede kwaliteit niet medische maskers.
- Ik ben er blij mee dat we hiermee meer inzicht krijgen in welke niet medische kapjes allemaal toepasbaar zijn en hoe deze dienen te worden gebruikt. Het is voor Nederland een relatief nieuw product, waarover begrijpelijkerwijs veel vragen leven.
- We hebben vernomen dat de Europese NEN, de CEN, op korte termijn met een Europees document komt met hetzelfde doel.

6. Q: Hoe is de handhaving van het verplicht dragen van niet-medische mondkapjes in het OV geregeld?

- Via de aanwijzing van de minister van VWS aan de voorzitters van de veiligheidsregio's wordt de verplichting voor de niet-medische mondkapjes voor de reizigers in het OV geregeld.
- De verantwoordelijkheid voor de handhaving op mondkapjes in het OV ligt bij de OV bedrijven. Deze zullen reizigers de aanwijzing geven op grond van de wet personenvervoer 2000.
- Wanneer die aanwijzing niet opgevolgd wordt, staat daar een boete tegenover.
- De boete wordt uitgeschreven onder de noemer 'verstoring van de orde in het OV'. En is €95,-.
- Moet de politie aanrukken, is het een overtreding van de noodverordening en is de boete €390,-.

7. Q: Uit onderzoek van RTL Nieuws blijkt dat zelfgemaakte en andere niet-medische mondkapjes wel degelijk helpen om verspreiding van het virus tegen te gaan?

- Ik ben blij om te zien dat de kwaliteit van de commercieel verkrijgbare niet-medische mondkapjes zo hoog ligt.
- Dat ook niet-medische mondkapjes virusdeeltjes goed kunnen tegenhouden en daarmee verspreiding van het virus kan worden voorkomen is bekend.
- Niet-medische mondkapjes moeten goed gebruikt worden om virusverspreiding te voorkomen.
- De filtratie van een mondkapje is belangrijk, maar ook de aansluiting op het gezicht is van belang.
- Daarnaast moet er goede handhygiëne beoefend worden bij het op en afnemen van het masker.
- En blijft staan dat de maskers alleen helpen bij het beschermen van de ander in situaties waar geen check vooraf mogelijk is en de anderhalve meter niet kan worden gehandhaafd.

Q&As mondkpajes LCH

8. **Q: Hoe verdeelt het LCH de schaarse spullen?**

- Bij de uitlevering van producten wordt gebruik gemaakt van een verdeelmodel met daarin een toestemmingstabel en een normering opgesteld door LCH en GGD GHOR Nederland (ism LNAZ) en in samenwerking met Gupta Strategists.
- Dit model is gebaseerd op het verdeelmodel van VWS en wordt gebruikt om de maximale vraag te bepalen aan de hand van een aantal parameters (wel / geen zorg aan verdachte/besmette patiënten, wel/geen risicovolle handelingen, aantal medewerkers, sector, etc).
- Indien de vraag hoger is dan volgens dit model het geval is, dan schaalt het model de vraag terug naar een normvraag (maximale vraag). Bij extreme schaarste maakt het model gebruikt van regiokennis van de PBM coördinatoren in de ROAZ regio's. Indien noodzakelijk neemt LCH contact op met instellingen om verschillen tussen vraag en norm te duiden.
- Het aantal dagen dat wordt uitgeleverd is afhankelijk van de mate van schaarste:
    - groen > 4 weken voorraad = 10 dagen PBM uitleveren aan instellingen;
    - geel > 1 – 4 weken voorraad = 5 dagen PBM uitleveren;

- oranje is 3 – 7 dagen voorraad = 2 dagen PBM uitleveren;
- rood < 3 dagen voorraad = 2 dagen PBM uitleveren of gemaximeerd op de aanwezige voorraad.

- De huidige voorraadstand bij LCH zorgt ervoor dat op dit moment alles in de categorie Groen (10 dagen) valt, behalve de handschoenen, hier wordt momenteel een max van 5 dagen gehanteerd (op basis van de huidige voorraad).

9. Q: casussen van mondkapjesaanbiedingen (Baudet etc.)

- Op 22 april heeft minister de Jonge een briefje ontvangen van de heer Baudet met een mogelijke aanbieding voor mondbescherming.
- De contacten met betreffende persoon liepen al vanaf 19 maart.
- Meneer heeft een aanbieding gedaan van FFP2-maskers met een CE-certificaat van een niet erkende Notified Body.
- Bovendien was dit certificaat opgesteld nadat een eerste afwijzing was verzonden bij gebrek aan documentatie.
- Het bijgevoegde testrapport is afgegeven door een niet geaccrediteerde instelling.
- Ook de aantallen te leveren maskers waren gedurende het proces steeds niet duidelijk.
- Er is om een sample gevraagd. Deze zou zijn verstuurd maar is nooit ontvangen.
- De prijs is 2x zo veel als de gemiddelde maskers die ook nu worden ingekocht en ook binnenkomt.
- Kortom: er is nooit tot aankoop overgegaan.

- Daarnaast speelt ook nog een tweede lead via de heer Baudet.
- Het LCH heeft de betreffende producten ontvangen. Maar een klein deel hiervan is door de kwaliteitscontrole gekomen, het grootste deel is afgewezen vanwege onvoldoende kwaliteit.

- Het LCH heeft veelvuldig contact gehad. Dit heeft nooit tot een deal geleid. Aangezien LCH momenteel voldoende vaste aanbieders en voorraad FFP-2 maskers heeft is het aanbod afgewezen.

10. Q: Hoe kan het dat 10% van de kapjes niet goed is, en wat gaat u hiermee doen?

- Mondkapjes werden voor Corona ingekocht bij reguliere leveranciers zoals 3M. Nu worden ze daarnaast ook ingekocht vanuit onze Nederlandse productie en zoals bij u bekend is vanuit Azië.
- De producten die het LCH inkoopt zijn veelal van de leveranciers uit Azië. Zij controleert op verschillende momenten op kwaliteit. Daarmee zorgt het LCH er voor dat zij de zorg van goede beschermingsmiddelen voorziet. Dat is het goede nieuws.
- Controle, ook in een teststraat van het RIVM, betekent ook dat beschermingsmiddelen worden afgekeurd. Navraag bij het LCH leert dat eind vorige week ongeveer 11% van de maskers die het LCH had ingekocht zijn afgekeurd. Daarnaast wordt er voor een batch van bijna 4 miljoen FFP2 maskers die niet volledig voldoen aan de geclaimde kwaliteit onderzocht of ze met extra toelichting wel kunnen worden benut in de zorg.
- Een veel voorkomende oorzaak is dat de fabrieken, ook de betrouwbare partners, onder flinke druk staan om met stoom en kokend water de mondkapjes te produceren voor de gehele wereldmarkt en daardoor in voorkomende gevallen niet voldoen aan de door ons gestelde (en afgesproken) kwaliteitseisen.

- Ter illustratie: door de enorme druk op grondstoffen wordt soms gekozen voor de inzet van alternatieve materialen. De neusbeugels die normaliter voor mondkapjes worden gebruikt, zouden kunnen zijn vervangen door inferieure materialen, waardoor de fit dermate is aangepast waardoor het niet meer aan onze kwaliteitseisen voldoet. Op dit soort zaken moeten we dus goed controleren.
- Het LCH blijft in gesprek met leveranciers om dit te verbeteren.
- En heeft inmiddels een deel van de afgekeurde maskers al weer teruggestuurd aan de leveranciers.

11. Q: Waarom kunnen de afgekeurde maskers niet ingezet worden in het OV?

- Op het masker zelf staat het beschermingsniveau waar deze niet aan blijkt te voldoen. Daarmee wordt het inzetten van deze maskers risicovol als ze in handen komen van mensen die niet weten dat er sprake is van afgekeurde maskers en zouden ze zelfs in de zorg terug kunnen komen.

12. Q: Hoe kan het zijn dat er zoveel ondeugdelijke mondkapjes naar Nederland komen (verpleeghuizen)?

- Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering zullen er geen problemen zijn met de kwaliteit van deze mondkapjes.
- Helaas zijn er naast deze reguliere partijen ook cowboys op de markt. Bij niet reguliere leveranciers kan het lastig zijn om het kaf van het koren te scheiden
- Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.
- Ik ga desgewenst in gesprek met de koepel van verpleeghuizen of we hierin kunnen helpen.

13. Q: Wat doen we met oplichters

- Zoals eerder is toegelicht door het LCH is er een vechtmarkt voor persoonlijke beschermingsmiddelen ontstaan.
- Oplichters maken daar helaas ook onderdeel van uit.
- De inzet van de NVWA en het FIOD is daarom belangrijk. Zij zien toe op fraude.
- De FIOD is bevoegd voor (opsporing) van financiële fraude.
- De NVWA is toezichthouder voor persoonlijke beschermingsmiddelen bij gebruik door de consument (maskers bij de bouwmarkt) en waren, zoals de zogenaamde niet-medische maskers voor het OV.
- ISZW ziet specifiek erop toe dat zorgmedewerkers en goed beschermd hun werk kunnen doen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de zorgmedewerker over het juiste type mondmasker moet beschikken voor welke handeling hij moet verrichten.
- De IGJ ziet toe op het leveren van goede zorg, waaronder het gebruik van maskers ter bescherming van de patiënt.
- (eventueel: in praktijk leidt dit ertoe dat ISZW gaat over de zogenaamde FFP maskers, en IGJ over de chirurgische mondneusmaskers.)
- (eventueel: Ik ga nu in gesprek met de gezamenlijke toezichthouders over hoe we oplichterij op de markt kunnen aanpakken.)

14. Q: Waarom duurt het al drie maanden voor het hele proces op orde is?

- Het is een enorme prestatie wat het LCH in niet 3 – maar slechts 2 maanden – heeft bewerkstelligd.
- Als ik even met u kan terugblikken:
  - Voor de coronacrisis zorgde elke zorginstelling zelf voor haar eigen inkoop en voorraden van persoonlijke beschermingsmiddelen. Zorginstellingen hadden hiervoor hun eigen reguliere kanalen van een beperkt aantal leveranciers.
  - Door de coronacrisis ontstond er een vechtmarkt en dreigden er ernstige tekorten in de zorg. Zorginstellingen hadden daardoor moeite om in deze situatie aan voldoende PBM's te komen
  - op **18 maart** komen daarom de inkopers van diverse academische centra, NFU-bestuur en een aantal leveranciers met het idee om het Landelijke Consortium Hulpmiddelen te starten '*Want we zitten allemaal in dezelfde vijver te vissen'*.
  - Op **23 maart** start de inkoop van Persoonlijke beschermingsmiddelen via het LCH. Reguliere leveringen aan zorginstellingen lopen door. Het LCH koopt in wat *extra* nodig is.
- Laat ik hier wel markeren; bij het opstarten van het LCH, was de vraag voor maskers ineens 61 (!) keer groter dan normaal. In totaal zijn inmiddels door het LCH circa 850

miljoen chirurgische mondmaskers en circa 130 miljoen FFP maskers in orders verwerkt.

- Als ik kijk naar de inkoopcijfers van het LCH van **medio mei** dan kan worden gesteld dat er enorm veel wordt ingekocht. Het LCH geeft aan dat zorgverleners zich kunnen melden als zij niet in staat zijn om aan PBM te komen via de reguliere kanalen.
- Aandachtspunt blijft het transport vanuit China als het gaat om bestendige leveranties.
- Daarom zet het LCH in op alternatief transport zoals schepen en treinen en blijft LCH op zoek naar leveranciers en aanvoerroutes uit andere landen.

15. Q: Behandelt u de grote bedrijven wel met gelijke kansen ten opzichte van de het midden-en kleinbedrijf voor productie in Nederland?

- Er zijn de afgelopen maanden ruim 500 voorstellen binnengekomen bij het team dat zich bezighoudt met het beoordelen van voorstellen voor de opstart van productie in Nederland.
- Alle voorstellen worden op gelijke wijze beoordeeld op haalbaarheid, tijdigheid/snelheid van productie en kwaliteit.
- Ik neem hierbij het besluit over de selectie van kansrijke en relevante proposities, daarbij selecteer ik dus niet op de grootte van bedrijven.
- Er is op dit moment sprake van een mix van klein, middelgroot en grote bedrijven die persoonlijke beschermingsmiddelen gaan produceren voor de Nederlands zorg.

16. Q: Deelt u de mening dat er geen tijd verloren mag gaan bij de ontwikkeling van beschermingsmiddelen van eigen bodem door een gebrek aan ondersteuning vanuit de overheid?

- Om de afhankelijkheden van de aanvoer van PBM's vanuit het buitenland te verkleinen, is het opstarten en opschalen van productie in Nederland van groot belang.
- Ik juich het dan ook toe dat er vanuit bedrijven zelf diverse initiatieven zijn gestart.
- In de afgelopen weken heb ik in nauwe samenwerking met het Ministerie van EZK ook een aantal relevante initiatieven in Nederland ondersteund en zal dat ook blijven doen.
- Het kan hierbij gaan om verschillende vormen van steun, bijvoorbeeld een afnamegarantie, diplomatieke steun, advies bij de certificering van producten of bijvoorbeeld ondersteuning in transport.
- Inmiddels zijn er diverse contracten gesloten voor de productie van beschermingsmiddelen met zowel kleine als grote ondernemingen in Nederland, van de juiste kwaliteit, waarmee kan worden voorzien in een deel van de Nederlandse vraag.

17. Q: Waarom laat u geen preventief gebruik toe in de zorg van medische mondmaskers?

- Ik vind het belangrijk dat personeel in de zorg veilig kan werken.
- Er zijn RIVM richtlijnen opgesteld hoe veilig kan worden gewerkt. Zowel binnen als buiten ziekenhuizen. Deze richtlijnen bieden ruimte voor "professional judgement"
- Die richtlijnen zijn waar nodig ook verduidelijkt samen met de werkgevers en werknemers.
- Werkgevers moeten zorgen dat hun medewerkers conform deze richtlijnen kunnen werken.
- Nog steeds is er sprake van een markt voor beschermingsmiddelen die wereldwijd ontwricht is. Daarbij geldt dus dat we zorgvuldig om moeten gaan met beschermingsmiddelen.
- Daarin past niet dat medische beschermingsmiddelen worden gebruikt in die gevallen dat het niet nodig is.
- Het LCH koopt medische maskers in zodat in de extra vraag naar maskers kan worden voorzien.
- Inmiddels heeft het LCH voldoende medische maskers in bestelling om te voorzien in de vraag die zij ontvangt van zorgverleners.

18. Q: Zijn er nu voldoende mondmaskers voor iedereen in alle zorgsectoren?

- Bij het LCH zijn op dit moment 3,5 miljoen FFP mondmaskers op voorraad en 12 mln. chirurgische mondmaskers.
- Met deze voorraad kan het LCH de vraag, die op dit moment via de portal (waarin alle partijen kunnen bestellen) bekend is, aan voor 12 weken als het gaat om FFP maskers en voor 6 weken als het gaat om chirurgische maskers.
- Daarbovenop komen deze week nog meer dan 2 mln. chirurgische maskers en 5 mln. FFP mondmaskers aan in Nederland.
- In totaal zijn inmiddels circa 850 miljoen chirurgische mondmaskers en circa 130 miljoen FFP maskers besteld.
- Het LCH verwacht daarmee te kunnen voorzien in de toekomstige behoefte aan mondmaskers voor de zorg.
- Het LCH is gevormd om in de extra vraag naar PBM's en medische hulpmiddelen te kunnen voorzien. De reguliere kanalen zijn gebleven. Zorgaanbieders maken ook gebruik van deze reguliere kanalen.

19. Q: Wat vindt u ervan dat marktpartijen buiten de zorg medische maskers aanbieden in Nederland?

- Ik vind het prima als marktpartijen medische maskers aanbieden, maar dan wel aan zorgaanbieders. Daarbij is het natuurlijk van belang dat de maskers voldoen aan kwaliteitseisen en er geen woekerprijzen worden gevraagd.
- Zorgaanbieders hebben zelf reguliere leveranciers en hoe meer leveranciers in Nederland hoe meer medische maskers aan zorgaanbieders aanbieden hoe beter.
- Wat het kabinet niet wil is dat medische maskers worden aangeboden voor niet medisch gebruik. Indien nodig spreek ik de betreffende aanbieders hierop aan.

20. Q: Hebben Mediq en OneMed geen voorkeurspositie? Zij weten alles over de leveringen aan Nederland; is dat wel eerlijk?

- Nee, integendeel. Beide bedrijven zijn bereid geweest dit te doen op kostprijsbasis en verdienen hier, conform de doelstelling van de LCH samenwerking, niet aan.
- Het Landelijk Consortium Hulpmiddelen (LCH) is een unieke publiek-private samenwerking. Het LCH is opgericht op initiatief van de zorgsector, in samenspraak met het ministerie van VWS.
- Het LCH is een open consortium - Iedereen die kan voldoen aan de voorwaarden van belangeloosheid en die kennis en expertise kan bijdragen kan deelnemen.
- In het LCH werken deskundigen uit de hoek van zorgaanbieders, distributiebedrijven, transporteurs en producenten van persoonlijke beschermingsmiddelen en medische hulpmiddelen samen.
- Het LCH bestaat uit personen en niet uit organisaties en instellingen. Wel brengen deze personen in een aantal gevallen netwerken van hun organisatie in, die kunnen bijdragen aan het oplossen van het PBM tekort in de zorg.
- Leveranciers die in 2019 persoonlijke beschermingsmiddelen in de zorg leverden zijn allen benaderd om mee te doen in het consortium.

21. Q: Hoe kan het zo zijn dat er nu te weinig handschoenen zijn en waarom heeft de heer van der Kolk hier niets over heeft gezegd tijdens de technische briefing? Waarom heeft u eerder niet meer besteld?

- Afgelopen weken konden er minder handschoenen uitgeleverd worden dan er werden aangevraagd.
- Een knelpunt is dat voor de productie van medische handschoenen een beperkte beschikbaarheid is van de benodigde grondstof, waardoor de wereldwijde productie niet makkelijk opgeschaald kan worden om in de toegenomen vraag te voorzien.
- Daarnaast blijft het transport ook een uitdaging: de producten worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Het LCH zet ook treinen en schepen in.
- Door het LCH zijn inmiddels ruim 514 miljoen handschoenen besteld, waarvan nu de eerste 6 miljoen net zijn aangekomen.
- Op dit moment heeft het LCH voldoende handschoenen voorraad om aan de huidige vraag uit de zorg te kunnen voldoen. [afgelopen week zijn er 4,1 mln. handschoenen aangevraagd]

22. Q: Waarom zijn er nog steeds onvoldoende isolatiejassen en schorten? Dit duurt nu al weken! U had toch eerder kunnen voorzien dat er besteld moest worden?

- Knelpunt is op dit moment vooral de schaarse grondstoffen. Dit is een mondiaal probleem.
- Ziekenhuizen en zorginstellingen zetten nu zowel in op gebruik van stoffen jassen als ook hergebruik van jassen.
- Daarnaast moeten de producten worden opgeleverd en vervolgens moeten ze, vaak uit Azië via een luchtbrug naar Nederland worden vervoerd, wat gepaard gaat met meerdere logistieke schakels die tijd en inzet vergen. Het LCH zet ook treinen en schepen in.
- Ik kan u melden dat voor dit moment voldoende isolatiejassen beschikbaar zijn.
- Zo heeft het LCH voldoende producten op voorraad om aan de huidige vraag uit de zorg zoals zij deze ontvangt in haar portal te kunnen voldoen.
- Daarnaast heeft het LCH ruim 73 miljoen isolatiejassen en schorten

23. Q: Het LCH moet nog veel meer inkopen want alle andere aanbieders verkopen troep en verpleeghuizen kunnen zelf de kwaliteit van beschermingsmiddelen niet beoordelen of testen.

- Er zijn in Nederland verschillende leveranciers van beschermingsmiddelen. Ik wil niet dat in deze Kamer het beeld ontstaat dat deze geen goede beschermingsmiddelen aanbieden.
- Ik zou het enorm betreuren als zorgaanbieders geen beschermingsmiddelen van hen af zouden nemen want daar zijn die bedrijven juist voor.
- Wanneer een zorginstelling inkoopt via reguliere leveranciers en de producten voorzien zijn van een geldige CE-markering, is geen testprocedure nodig.
- Het LCH is er om te voorzien in de extra vraag die is ontstaan door de COVID uitbraak.
- Alle instellingen uit de cure en de care sector kunnen via de daarvoor beschikbare portals de benodigde producten die door het LCH worden uitgeleverd bestellen.
- Wel is er helaas een bonanza ontstaan op de markt van beschermingsmiddelen. Daar horen cowboys bij. Toezicht door de NVWA, ISZW, IGJ en het FIOD is daarom belangrijk.

- Indien er buiten de reguliere kanalen wordt ingekocht, zijn er diverse instituten, zoals universiteiten en ziekenhuizen, die zelf filtertesten uitvoeren. Ook zijn er particuliere bedrijven die deze testen aanbieden.
- Indien wenselijk kan ik daarover informatie met de koepels delen.

24. wat is de laatste stand van zaken m.b.t. de Europese aanbestedingen (joint procurement)?

- Er zijn vier raamwerkovereenkomsten getekend tussen de Europese Commissie en ingeschreven bedrijven: twee voor persoonlijk beschermingsmateriaal, één voor beademingsapparatuur en één voor laboratorium materiaal.
- Lidstaten kunnen vanaf dat moment contact opnemen met het bedrijf en de betreffende producten bestellen.
- Het feit dat besteld kan worden betekent overigens niet dat ook tijdig of überhaupt geleverd kan worden.
- De handschoenen kunnen bijvoorbeeld de komende maanden niet besteld worden vanwege de té grote mondiale vraag.
- Nederland is nu aan het inventariseren waar het mogelijk is om wél producten te bestellen.

25. Q In de media verschenen berichten dat België honderden miljoenen mondmaskers heeft ingekocht. Waarom lukt dat Nederland niet?

- Ook het LCH heeft bestellingen van die omvang geplaatst
- Uit cijfers van het LCH blijkt dat zij de volgende middelen in bestelling heeft:
  - Ruim een miljard medische mondmaskers
  - Half miljard handschoenen
  - 200 miljoen isolatiejassen.

Q&As opschalen IC / reguliere zorg

26. Q: Hoeveel covid-patienten liggen momenteel op de IC's?

De stand van zaken op 19 mei (cijfers LCPS):

- Er zijn 323 Covid-patiënten op IC-bedden in ziekenhuizen.
  - Waarvan 321 in Nederland
  - Waarvan 2 in Duitsland

27. Factsheet IC capaciteit

- De reguliere IC-capaciteit (van voor de Covid-crisis) in de Nederlandse ziekenhuizen is in totaal 1150 bedden.

- Per 5 april 2020 is de IC-capaciteit opgeschaald (geweest) van 1150 naar 2400 beschikbare bedden. Hiervan zijn op het hoogtepunt tot circa 1800 bedden tegelijkertijd bezet geweest, waarvan 1378 met Covid-patiënten.

- Daarnaast is er vanuit Duitsland IC-capaciteit aangeboden (tot maximaal 600 IC-bedden). Op het hoogtepunt waren er 58 Nederlandse patiënten op Duitse IC's opgenomen.

- Sinds medio april daalt het aantal Covid-patiënten op de IC. Stand 19 mei:
  - 321 Covid-patiënten op IC's in Nederlandse ziekenhuizen
  - 2 Covid-patiënten op IC's in Duitse ziekenhuizen

- Er is aan LNAZ een plan gevraagd voor een structureel hogere IC-capaciteit in Nederland, die flexibel opschaalbaar moet zijn. Het gaat om capaciteit van 1700 IC-bedden, opgebouwd uit:
  - 350 IC-bedden voor (non-Covid) acute zorg
  - 550 IC-bedden voor (nog-Covid) reguliere zorg
  - 650 IC-bedden voor Covid-zorg
  - 150 IC-bedden als buffercapaciteit voor onvoorziene omstandigheden

- Er is daarnaast aan LNAZ een plan gevraagd voor een flexibele opschaling van IC-capaciteit vanaf 1700 tot circa 3000 bedden. Dit zal o.a. bestaan uit:
  - 600 IC-bedden in Duitse ziekenhuizen
  - 700 tijdelijke IC-bedden in de ziekenhuizen (op o.a. operatiekamers, IC-boxen etc). Om dit mogelijk te maken, zal reguliere (planbare) zorg moeten worden afgeschaald.

- Als het aantal IC-patiënten boven de 3000 zou komen, is een draaiboek opgesteld voor het inrichten van CABU-voorzieningen (COvid Acute Beademings Unit). Dit is geen (normale) IC-zorg.

28. Q: Gupta cijfers laten zien dat er veel minder hartpatiënten behandeld worden. Wat vindt u daarvan?

- Uit het rapport van Gupta komt naar voren dat mogelijk 150.000 tot 200.000 hartpatiënten dit jaar geen zorg krijgen, wat kan leiden tot vele verloren levensjaren.
- De Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie maakt zich hier zorgen om en dat begrijp ik.
- Daarom is het goed dat de NZa voortvarend aan de slag is gegaan om samen met de ROAZen te werken aan de opschaling van de zorg.
- We zien ook in de laatste cijfers dat de verwijzingen weer goed op gang komen en dat de verwijzingen voor de cardiologie een sneller herstel laten zien dan die voor andere specialismen.
- Het is belangrijk dat dit herstel doorzet en we iedereen weer zo snel mogelijk kunnen helpen, en als dat niet in het ziekenhuis kan, dan op afstand. Daar zijn in de cardiologie mooie voorbeelden van te vinden die nu goed opgepakt worden door de specialisten.
- Daarnaast zijn we bezig met het opschalen van de IC capaciteit. Dat moet er voor zorgen dat als er een tweede piek komt, we niet meteen alle reguliere zorg opnieuw hoeven af te schalen. Zodat we niet nog meer hartpatiënten krijgen die moeten wachten op de juiste zorg.

29. Q: Wat doet de NZa wat betreft het opschalen van de reguliere zorg?

- Veel reguliere zorg is uitgesteld vanwege de corona crisis.
- We willen dat deze zorg zo snel mogelijk weer geleverd gaat worden.
- Het is hierbij wel belangrijk dat er rekening gehouden wordt met drie belangrijke uitgangspunten:
  - Er moet voldoende IC capaciteit blijven
  - Het zorgpersoneel moet verantwoord belast worden
  - Alleen zinnige en gepaste zorg moet uitgevoerd worden, en als dat kan op afstand.
- Ik heb de NZa gevraagd om de regie te voeren. Hun aanpak bestaat uit verschillende onderdelen:
  1. Er is een urgentielijst opgesteld die per specialisme aangeeft welke reguliere zorg als eerste opgestart moet worden.
  2. Ze geven inzicht in het aantal verwijzingen en het productieniveau in ziekenhuizen.
  3. Er wordt een overzicht gemaakt van alle initiatieven, kansen en belemmeringen
  4. Er wordt nadrukkelijk gekeken naar alleen opstarten van zinnige zorg en zorg op de juiste plek (wat kan op afstand gebeurt op afstand)
  5. Samen met oa de Patientenfederatie wordt gewerkt aan een landelijke informatiecampagne.

- Het ROAZ coördineert regionaal de opschaling van de zorg en betrekt hierbij de regionale zorgorganisaties en de zorgverzekeraars. De basishouding is: urgentie gaat vóór productie en samenwerking gaat vóór competitie.
- Naast de opschaling van de reguliere ziekenhuiszorg wordt er ook gewerkt aan de opschaling van de huisartsenzorg, ggz, wijkverpleging, paramedische zorg, mondzorg en revalidatiezorg.
- Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet en zal bij het ROAZ en de NZa blijven informeren over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

30. Q: Naar hoeveel IC capaciteit gaat u structureel opschalen?

- Er zal structureel meer nodig zijn dan de 1150 IC-bedden die er voorafgaand aan de Coronacrisis beschikbaar waren. We willen natuurlijk liever niet dat we die extra capaciteit straks moeten inzetten, maar we willen er wel klaar voor staan als het onverhoopt nodig is.
- Op basis van technische berekeningen van het LPCS en NVIC is de inschatting dat er – in ieder geval totdat er een vaccin beschikbaar is – gemiddeld 650 bedden voor Coronapatiënten nodig zijn.
- Die hoeven overigens zeker niet altijd en in totaliteit operationeel te zijn, maar ze moeten wel heel snel beschikbaar zijn als de vraag naar COVID-19 zorg weer toeneemt. En we zullen natuurlijk al eerder op de rem trappen om zo'n toename van Covid-patiënten op de IC te voorkomen.
- Daarnaast moet ook de reguliere zorg weer worden opgeschaald naar het normale niveau (circa 550 bedden) en moeten circa 350 bedden IC beschikbaar zijn voor de acute zorg.
- Met daarbij nog een kleine buffer van 150 bedden voor onvoorziene omstandigheden komen we daarmee uit op een totaal van structureel 1700 IC-bedden.

- Het moge duidelijk zijn een dergelijke structurele opschaling van de IC-capaciteit niet zomaar geregeld is. Dit vergt veel van mensen en middelen, zeker ook zo vlak na een periode die zeer intens is geweest voor het zorgpersoneel.
- We moeten dit dus goed doordenken en met alle partijen (VenVN, FMS, NVZ, NFU en de ROAZ-en) werken aan een gedragen plan. De LNAZ heeft hiertoe van mij een opdracht ontvangen.

31. Q: Welke zorg mogen paramedische zorgverleners op dit moment bieden?

- Sinds 11 mei geldt voor paramedici:
  - Zorg mag face-to-face worden geleverd als patiënt en behandelaar geen Covid-gerelateerde klachten hebben.
  - Dan zijn geen beschermingsmiddelen nodig. Wel moeten de algemene hygiënevoorschriften worden gevolgd. Het RIVM heeft een afwegingskader met meer details gepubliceerd.
  - Bij patiënten met Covid-gerelateerde klachten moet de zorg nog altijd zoveel mogelijk op afstand plaatsvinden of worden uitgesteld.
  - Als dit niet mogelijk is, moet met persoonlijke beschermingsmiddelen worden gewerkt. Hiervoor geldt de door de RIVM en beroepsgroepen opgestelde richtlijn.

32. Q: Kunnen de medewerkers het wel weer aan om gelijk volle bak door te gaan?

- Er is veel zorgpersoneel ingezet bij de zorg voor COVID-19 patiënten. Hierbij hebben we het over zorgverleners die al op de IC werkten maar ook personeel wat tijdelijk 'geleend' is bij andere afdelingen zoals OK personeel.
- Deze mensen hebben de afgelopen weken heel hard gewerkt en vaak meer diensten gedraaid dan normaal onder emotioneel zware omstandigheden.
- Van deze mensen kan niet onbeperkt zoveel gevraagd worden. We móeten rekening houden met de draagkracht en benodigde rustcapaciteit van verpleegkundigen, artsen en ander personeel.
- Dat betekent dus ook dat niet iedereen meteen volle bak door kan gaan. Dit is ook één van de redenen dat de reguliere zorg nog niet 100% terug is op het oude niveau en dat het tijd vergt om dit weer op te schalen.

33. Q: Wie bepaalt er welke patiënt er nu als eerst aan de beurt is bij het opstarten van de zorg?

- Dat bepaalt de zorgverlener zelf.
- Hij kan hierbij gebruik maken van de urgentielijst van de NZa die is opgesteld in samenwerking met het Zorginstituut en medisch professionals.
- Hierin staat welke zorg als eerste moet worden geleverd en welke zorg nog even kan wachten.
- Dit overzicht biedt handvatten voor zorgverleners;
- Maar in individuele gevallen kan hier altijd vanaf geweken worden als – naar professioneel oordeel van de arts – de zorgvraag van een patiënt daarom vraagt.

34. Q: Legt de urgentielijst niet te veel nadruk op de diagnose in plaats van op de klacht waarmee de patiënt komt?

- De urgentielijst is inderdaad opgesteld op basis van diagnoses.
- Dit zijn vrij brede begrippen. Dat geeft natuurlijk geen ultieme, alles-omvattende manier om alle mogelijke zorg te verdelen, maar het is op dit moment wel de beste manier.
- Het is ook geen wetmatigheid, het biedt de zorgverlener een praktisch handvat.
- Als de zorgverlener bepaalt dat op basis van de klacht van de patiënt afgeweken moet worden van de volgorde op de urgentielijst dan kan dat. Een patiënt kan in individuele gevallen altijd sneller geholpen worden, als de zorgvraag van de patiënt daarom vraagt.
- Dat geldt ook de andere kant op, als een patiënt in een diagnosegroep valt die hoog op de urgentielijst staat, maar de klacht hoeft niet snel behandeld te worden dan is nog even wachten met behandelen in deze tijd ook op zijn plaats

35. Q: Kan iedereen inmiddels weer reguliere zorg verkrijgen?

- Ten eerste wil ik benadrukken dat mensen altijd thuisarts.nl raadplegen of contact opnemen met hun zorgverlener als ze denken zorg nodig te hebben.
- Dan wordt samen met de zorgverlener bepaald of zorg op dat moment nodig is en of dat op afstand geleverd kan worden of op een zorglocatie.
- Gelukkig zien we dat het aantal spoedverwijzingen door de huisarts alweer bijna terug is op het niveau van voor de crisis.
- De zorgverleners doen er alles aan om zo snel mogelijk alle benodigde zorg weer op te schalen. Hier zit zeker een stijgende lijn is maar het zit nog niet op het niveau van voor de uitbraak van het Covid-virus.
- Hierbij moet namelijk rekening worden gehouden met de aanwezigheid van voldoende zorgpersoneel, medicijnen en apparatuur (bijvoorbeeld IC-bedden).
- Het ROAZ helpt bij de opschaling van de zorg door dit regionaal te coördineren. Ook de opgestelde urgentielijst biedt houvast en zorgt ervoor dat er goed gemonitord kan worden, zodat mensen in de ene regio niet veel langer moeten wachten dan de in een andere regio.
- Ik verwacht dat de ingezette opschaling van de reguliere zorg doorzet. De NZa informeert mij wekelijks over de voortgang en de eventuele regionale verschillen.

36. Q: Wat is de stand van zaken in de revalidatiezorg?

- Beroepsgroepen zijn hard bezig om de nazorg van patiënten met COVID-19 vorm te geven en te organiseren.
- Inzicht in de zorgbehoefte van de patiënt en capaciteit in de verschillende revalidatietrajecten is hier van groot belang.
- Om de zorgpartijen te ondersteunen onderneem ik een aantal acties:
  - Ik heb ZonMw de opdracht gegeven om de totstandkoming van een multidisciplinaire handreiking voor revalidatie/nazorg voor COVID-patiënten te coördineren en aan te sluiten bij de stappen die veldpartijen zelf al hebben gezet. Uit dit traject moet ook blijken welke patiëntgroepen er zijn en welke zorgbehoefte zij hebben.
  - Ik heb het Zorginstituut om advies gevraagd of de aanspraak in de Zvw voor de eerstelijns paramedische zorg passend is om de revalidatiezorg voor patiënten met COVID-19 op een goede manier te kunnen bieden.
- De NZa onderzoekt of er voldoende capaciteit is voor revalidatiezorg, welke patiëntenstromen (inclusief aantallen) er zijn en of er regie nodig is bij de verdeling hiervan. De NZa doet dit in afstemming met ZonMw.

De IGJ inventariseert de actuele situatie in medisch-specialistische revalidatie-klinieken (MSR). Gekeken wordt naar o.a. de huidige MSR-zorg die wordt geleverd aan post IC COVID-19 patiënten en wat de verwachting is in toestroom van patiënten.

Q&A Sport

37. Q: Als volgende week na het OMT-advies wordt besloten dat de fitness eerder open mag, mag dan ook de binnensport open?

- In de OMT-adviesaanvraag loopt naast fitness en sportscholen ook de binnensport mee. Volgende week wordt dat advies bekend.
- Zodra dat er is, zullen we kijken of dit aanknopingspunten biedt om te besluiten of en zo ja, onder welke voorwaarden, de datum van 1 september naar voren kan.
- Vooruitlopend op dat OMT-advies wil ik daarbij wel vast aangeven dat ik me kan voorstellen dat er een differentiatie plaatsvindt in wat er open kan.
- Stel dat triage een punt wordt, stel ik me zo voor dat dat makkelijker is op sportschoolniveau met abonnementen en een toegangspassyteem dan op sporthalniveau, waar mensen veel vrijer in en uit kunnen lopen.
- Maar zoals gezegd wacht ik het eerst het OMT-advies af.

287472

Factsheet Coronacrisis en betaald voetbal

Kernboodschap	• Het Nederlandse betaald voetbal wordt hard geraakt door de coronacrisis. • Spelers en trainers kunnen niet optimaal trainen, hun conditie op peil houden en wedstrijdritme op doen. • Voetbalfans kunnen niet genieten van de wedstrijden. • Niet spelen of spelen zonder publiek leidt tot forse omzet verliezen waardoor clubs in acute financiële problemen kunnen komen. • Het is in eerste instantie aan de clubs zelf om daar zelf, met gebruikmaking van de beschikbare steunpakketten, oplossingen voor te zoeken. • Maar dat is volgens KNVB, Eredivisie en Keuken Kampioen Divisie, onvoldoende om het betaald voetbal te redden. • Zij zijn een overkoepelend plan aan het ontwikkelen. Daarin wordt ook een financiële bijdrage vanuit de rijksoverheid gevraagd. • Wij zijn daarover met hen in gesprek. • Er moet eerst een goed onderbouwd en doortimmerd plan liggen voordat wij überhaupt iets kunnen beslissen.
Huidig beleid	• Op dit moment kunnen clubs beperkt trainen (onder strikte voorwaarden). Waarschijnlijk duurt dit tot 1 september. • Ook zijn wedstrijden in het betaald voetbal, net als andere grote sportevenementen, verboden. • Betaald voetbal is in veel gemeenten vergunningplichtig. Tot 1 september mogen geen wedstrijden worden gespeeld. Het maakt niet uit of er wel of geen publiek aanwezig is. Na 1 september zouden wedstrijden zonder publiek in principe weer mogelijk zijn. Wanneer en onder welke voorwaarden er weer met publiek kan worden gespeeld, is nog onduidelijk. • De regiegroep Voetbal en Veiligheid is voor de verschillende niveaus afspraken aan het maken en protocollen aan het ontwikkelen. In die regiegroep zitten KNVB, gemeenten, politie en OM. Zij staan in nauw contact met de lokale partijen (clubs, gemeenten, veiligheidsregio).
Feiten&cijfers	De KNVB heeft berekend dat het betaald voetbal ongeveer 400 miljoen schade oploopt als er tot het einde van het jaar niet of nauwelijks met publiek kan worden gespeeld. Ongeveer 300 miljoen kunnen zij waarschijnlijk oplossen met eigen middelen en gebruikmaking van de generieke steunpakketten van de Rijksoverheid en ondersteuning van gemeenten. Echter voor de overige 100 miljoen is dit niet afdoende. Daarvoor willen zij een 'financieel vangnet' van de rijksoverheid. De KNVB laat nog weten welke kosten hier precies onder vallen. Vervolgens moeten we bekijken welke financiële instrumenten hiervoor kunnen worden ingezet. Als dat plaatje compleet is, kan er een politiek besluit worden genomen over het al dan niet verlenen van extra steun voor het betaald voetbal.
Actualiteit/politieke aandachtspunten	• Draagvlak voor het spelen van wedstrijden in het betaald voetbal is groot; echter het draagvlak voor financiele ondersteuning van betaald voetbal clubs ligt een heel stuk lager. Dat is mede ingegeven door het beeld van de hoge salarissen voor spelers en het financiele mismanagement bij veel clubs.

38. Q: Wanneer kunnen de competitiewedstrijden in het betaald voetbal weer starten?

A:

- Zoals het er nu voor staat, kunnen vanaf 1 september weer competitiewedstrijden, zonder publiek, worden gespeeld.
- Echter in welke vorm en onder welke voorwaarden is onderwerp van gesprek in de regiegroep Voetbal en Veiligheid waarin KNVB, OM, politie en gemeenten zitting hebben.
- Hierover kan ik u pas in een later stadium meer vertellen.

39. Q: Het stopzetten van het betaald voetbal leidt tot forse financiële consequenties bij de clubs. Gaat u hen hiervoor steun verlenen?

A:

- Ik ben daar nog over in gesprek met KNVB, Eredivisie en Keukenkampioendivisie.
- Zij moeten met een goed plan komen waarin niet alleen gekeken wordt naar de korte termijn maar ook naar de ontwikkeling van de financiële situatie op de langere termijn.
- Ik wil een goed onderbouwd plaatje van de totale schade die wordt geleden, wat clubs/spelers zelf bijdragen aan de oplossing, wat er kan worden gecompenseerd via de steunpakketten van de Rijksoverheid en gemeenten.
- Als dat beeld compleet is zullen we als kabinet kijken of en zo ja hoe het mogelijk is om nog extra ondersteuning aan de branche te geven.

40. Q: Waarom heeft u het scenario in andere Europese landen niet gevolgd? In een aantal landen worden trainingen voorzichtig weer opgepakt en worden wedstrijden zonder publiek gespeeld.

A:

- De omstandigheden verschillen per land.
- Wij hebben er voor gekozen om de sport te laten aansluiten bij de algemene maatregelen die we hebben moeten nemen om de verspreiding van het corona virus tegen te gaan.
- Daarbinnen kijken we steeds wat mogelijk is om het sporten te hervatten.
- Dat heeft tot dit besluit geleid en daar zullen we het mee moeten doen.

41. Q: Er worden weer seizoenkaarten door de clubs verkocht. Betekent dat er weer met publiek kan worden gevoetbald?

A:

- Nee dat is absoluut niet het geval. En ik denk dat de clubs dat ook duidelijk aan hun fans hebben laten weten.
- Of weer met publiek gespeeld kan worden is afhankelijk van de impact hiervan op de verspreiding van het virus.
- Ik vind het wel slim om de verkoop nu wel te starten. Het laat zien hoe groot de betrokkenheid van fans bij club is en misschien dat hiermee een stukje van de berekende schade kan worden beperkt.

42. Q: Is een contactsport zoals voetbal überhaupt wel mogelijk in een 1,5 meter samenleving?

A:

- Het uitoefenen van een contactsport is alleen mogelijk indien wordt voldaan aan de regels van het RIVM
- Indien de 1,5 meter afstand niet kan worden gerealiseerd zijn er mogelijk andere oplossingen. Hierbij kan o.a. gedacht worden aan het testen van voetbalprofs.
- Maar ook daar zal het RIVM eerst advies over moeten geven.
- De regiegroep Voetbal en veiligheid werkt aan protocollen waar ook dit aspect wordt meegenomen

Q&A Casuïstiek

43. Q: Waarom koopt het LCH de beschermingsmiddelen van Sywert van de Linden niet?

- Het LCH heeft al sinds de opstart haar oprichting contact met dhr. van Lienden.
- Het LCH heeft mij laten weten dat dhr. van Lienden (geen 1 miljard chirurgische maskers, maar wel) 120 mln. FFP2 maskers heeft aangeboden.
- Net zoals bij alle partijen, kijken we hier goed naar de kwaliteit en benodigde certificaten en geldt de gebruikelijke kwaliteitsprocedure. Ook hierover zijn we continu in overleg met dhr. van Lienden.
- Er is afgesproken dat hij in ieder geval 40 mln. FFP2 maskers zou leveren aan het LCH. De eerste zending hiervan is onderweg.
- Daarnaast zijn op 15mei jl. chirurgische maskers (3mln) en FFP2 maskers (160K) aangeboden. Het gesprek hierover is nog gaande. De gevraagde prijs van deze maskers is ruim hoger dan waarvoor het LCH deze producten op dit moment in de markt koopt.

44. Q: Er wordt gezegd dat Nederland meer mondkapjes uit China kan halen dan nu gebeurt (Nieuwsuuruitzending – (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)).

- Sinds deze uitzending heeft het LCH weer veel extra ingekocht Inmiddels ruim 842 mln. chirurgische en ruim 126 mln. FFP2 maskers.

Bij doorvragen

- Er zijn verschillende aanbieders van medische beschermingsmiddelen in Nederland. Die leverden ook al aan zorgaanbieders voor de Corona crisis. En die leveringen lopen waar mogelijk ook door.
- Het LCH is er om naast de reguliere inkoopkanalen, beschermingsmiddelen in te kopen die aanvullend nodig zijn in de zorg, als gevolg van de Corona crisis.
- Er lijken nu voldoende medische beschermingsmiddelen voor de zorg handen. Maar voldoende aanvoer en constante kwaliteit blijft een aandachtspunt.
- Ook de grondstoffen voor veel beschermingsmiddelen als mondmaskers en isolatiejassen– meltblown – is vooralsnog maar beperkt beschikbaar is.
- De markt voor beschermingsmiddelen is voorlopig nog ontwricht en we moeten goed voorbereid zijn op een volgende Coronagolf. Kortom: We moeten de situatie van voldoende bestendigen en voorraad opbouwen. Daarover ben ik in gesprek met inkopers en zorgaanbieders.

- Er kunnen nieuwe producenten en aanbieders komen van medische beschermingsmiddelen voor de zorg. Ik kan me daar alles bij voorstellen nu de vraag zo groot is en voorlopig naar verwachting ook blijft. Met name Nederlandse productie juich ik toe.
- Daarbij zeggen wij wel: medische beschermingsmiddelen zijn voor de zorg. Zorg als leverancier dus dat ze daar terecht komen en niet ergens anders en zorg dat ze kwaliteit krijgen.
- En mocht het nodig blijken kan door het LCH nog verder worden opgeschaald en nog meer worden besteld, maar hier blijft gelden wat nu ook al het geval is: het transport en de constante kwaliteit van de bestelde mondkapjes blijven een uitdaging.

45. Q: Waarom organiseert u niet voor alle Nederlanders chirurgische maskers? (suggestie van der Lienden)

- Van Der Lienden suggereert dat er voldoende chirurgische maskers beschikbaar zijn om voor iedereen naar Nederland te halen.
- Dat roept voor mij eerst de vraag op: waarom voor alle Nederlanders mondkapjes?
- Het OMT benadrukt dat het handhaven van de anderhalve meter afstand tussen mensen, (hand-) hygiënische adviezen, en het thuisblijven bij de geringste luchtwegklachten een noodzakelijke voorwaarde voor het beperken van de transmissie van COVID-19 en voor het succesvol verlopen van versoepeling van de maatregelen in de transitiefase.
- Ik kan het niet mooier maken: hier zullen we ons aan moeten houden.
- Verder benadrukt het OMT dat medische mondneusmaskers (dus ook chirurgische) gereserveerd dienen te worden gereserveerd voor gebruik in de zorg conform de vigerende adviezen. Dat vind ik zoals u weet ook heel belangrijk: medewerkers in de zorg moeten beschermd kunnen werken!
- En ja er zijn op dit moment voldoende maskers voor handen om dat te kunnen doen. Daar ben ik blij mee maar we moeten nog wel zorgen dat er ook duurzaam voldoende maskers beschikbaar zijn, ook als er zich weer een volgende Corona golf voordoet. Dat betekent dus bijvoorbeeld dat we aan voldoende voorraden moeten werken.
- Het OMT stelt daarom dat gebruik van niet-medische mondneusmaskers overwogen kan worden in die settings waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

- En laten we ook eens de rekensom doen van voor iedereen in Nederland chirurgische mondkapjes: Van der Lynden noemde in een radioprogramma dacht ik 3 kapjes per dag per Nederlander. Laat het de helft zijn dan zou je per jaar 9 mld chirurgische maskers nodig hebben. Deze kosten nu online pak 'm beet een euro. Dus 9 miljard euro aan mondkapjes voor in principe niet besmette mensen.
- Laten we alsjeblieft in deze ook economische moeilijke tijden het geld inzetten daar waar het nodig is, bijvoorbeeld voor ondernemers die de afgelopen periode veel omzet hebben moeten derven of bijvoorbeeld aan meer IC-bedden in de zorg en de goed geschoolde zorgmedewerkers die daarbij horen.

46. Q: Waarom heeft u het initiatief van snorkelmaskers afgewezen?

- De maskers zijn een mooi innovatief initiatief.
- Er zijn enkele honderden initiatieven bij mij en mijn collega van EZK en het LCH binnengekomen voor productielijnen in Nederland.
- Ieder initiatief is op inhoudelijke criteria beoordeeld in een periode van 2-3 weken.
- Hierbij is onder meer gekeken naar initiatieven die qua bescherming en qua gebruik zo veel mogelijk aansluiten op reeds gebruikte persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Ook wordt gekeken of een initiatief tijdig gerealiseerd kan worden voor de zorg, maar ook naar de vraag of een product voldoet aan de kwaliteitsnormen en certificeringen.
- Het snorkelmasker is daarbij niet geselecteerd en de betrokken partijen hebben daar begin april reactie op gekregen.
- Niets staat partijen in de weg op het product zelf op de markt te brengen, als het aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet.
- De maskers moeten op dit moment worden gecertificeerd door een notified body, niet door VWS.
- Ik heb de notified body geattendeerd op de maskers. Certificering zal evenwel tijd vragen, juist omdat het zo innovatie is kun je het moeilijk vergelijken met een gelijksoortig product.

Geneesmiddelen

47. Q: Halen nog steeds veel patiënten hun medicijnen niet op bij de apotheek?

- Er zijn geen signalen dat veel patiënten hun geneesmiddelen niet ophalen.
- Sinds de invoering van de verschillende corona-maatregelen zagen apotheken in eerste instantie een piek in het ophalen van medicijnen op basis van herhaalrecepten.
- Deze lijkt inmiddels genormaliseerd en wat betreft herhalingsmedicatie op een gebruikelijk niveau te zitten.
- Het zijn met name de eerste uitgiftes van geneesmiddelen die achterblijven als gevolg van een afname in de reguliere zorg door de COVID maatregelen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

48. Q: Gaat u het preferentiebeleid opheffen om tekorten te voorkomen?

- Nee, het preferentiebeleid is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.
- Wel ben ik met zorgverzekeraars in gesprek op welke manier zij bij hun inkoop rekening houden met veranderende omstandigheden op de wereldmarkt in verband met COVID-19.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

49. Q: Worden tekorten veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland?

- Tekorten worden in het algemeen niet veroorzaakt door het prijsniveau in Nederland maar zijn een wereldwijd probleem.
- Vaak is er sprake van kortdurende leveringsproblemen die worden veroorzaakt door tijdelijke problemen bij productie of distributie.
- De prijs kan wél een rol spelen op het moment dat de productie weer op gang komt en het schaarse middel weer op de wereldmarkt komt.
- Om die reden is het belangrijk dat zorgverzekeraars vroegtijdig aanpassingen in hun inkoop doen op het moment dat er daadwerkelijk een tekort dreigt.
- Ook kan ik in zo'n specifieke casus dat er schaarste is besluiten om de WGP maximumprijs los te laten voor dat specifieke middel.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

50. Q: Hoe wordt bepaald welke geneesmiddelen gemonitord worden?

- De lijst met geneesmiddelen die gemonitord worden is een risicogerichte lijst. Dat wil zeggen dat dit geneesmiddelen zijn die internationaal of nationaal aangemerkt worden als producten die gevoelig zijn voor het optreden van een tekort.
- Er wordt begonnen met een lijst van 25 middelen in een testfase.
- Deze lijst wordt vervolgens gefaseerd uitgebreid
- Het CBG heeft een centrale rol in de samenstelling van de lijst met input vanuit marktpartijen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

51. Q: 25 middelen monitoren is toch veel te weinig, waarom monitor je niet alle geneesmiddelen?

- In de proefperiode worden 25 middelen gemonitord.
- Vervolgens zal gefaseerd worden uitgebreid naar meer middelen op basis van een risicogerichte lijst.
- In overleg met de marktpartijen is gebleken dat dit het beste uitvoerbaar is.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

52. **Q: Waarom werkt het meldpunt tekorten niet goed genoeg om momenteel de tekorten te voorkomen?**

- De meldingen bij het Meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten blijven een belangrijke pijler van de aanpak. De verplichting om verwachte leveringsonderbrekingen te melden bij het meldpunt door handelsvergunninghouders blijft bestaan.
- De monitor is een aanvullend tijdelijk instrument op het Meldpunt tekorten in deze tijd waarin er sprake is van veel onzekerheden in de productie en distributie van geneesmiddelen.
- Door voor specifieke risicogeneesmiddelen aanvullend preventief te monitoren geeft dit partijen de mogelijkheid om maatregelen te nemen die de situatie van een dreigend tekort kunnen verbeteren.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

53. Q: Hoe organiseert het CBG de monitor?

- De marktpartijen van zowel de vraagkant als de aanbodkant leveren gegevens aan bij een trusted third party.
- Deze gegevens worden doorgeleverd aan het CBG die signaleert of er een discrepantie is tussen hoeveel er van een geneesmiddel gevraagd wordt voor de komende maanden en de beschikbaarheid van een geneesmiddel.
- Wanneer hier een discrepantie wordt gesignaleerd neemt het CBG contact op met de betreffende handelsvergunninghouders zodat preventief maatregelen genomen kunnen worden om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

54. Q: Hoe wordt er omgegaan met acute geneesmiddelentekorten bij COVID medicatie?

- Op dit moment zijn er geen signalen dat er in de komende weken acute, onoplosbare tekorten gaan ontstaan van COVID medicatie, zoals IC geneesmiddelen.
- Desalniettemin vind ik het belangrijk om met partijen wel vast na te denken over de handelingsopties bij eventuele tekorten in de toekomst.
- Onder andere het borgen van een goede verdeling van schaarse geneesmiddelen en het maken van keuzes over alternatieve behandelopties zijn belangrijke aandachtspunten.
- Ik praat daarom de komende weken met veldpartijen over wat we al kunnen regelen en uitdenken om bij acute tekorten snel en efficiënt te kunnen handelen.
- Ik betrek hierbij partijen uit de eerstelijnszorg, langdurige zorg en ziekenhuiszorg.
- *[Eventueel: ik zal uw Kamer informeren over de afspraken die ik met partijen hierover maak].*

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

55. Q: Hoe staat het ervoor met geneesmiddelentekorten?

Algemeen

- Onlangs (6 april 2020) heeft het meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten de rapportage over 2019 van het Meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten bekend gemaakt.
- Gebleken is dat er een verdubbeling heeft plaatsgevonden van het aantal verwachte leveringsproblemen (3070 ten opzichte van 1390 meldingen in 2018).
- Het ging om 1965 verschillende geneesmiddelen.
- Een melding hoeft niet te betekenen dat er daadwerkelijk een tekort ontstaat.

COVID-19

- De geneesmiddelenmarkt is door (de gevolgen van) COVID-19 erg onvoorspelbaar geworden, onder andere door lockdowns en productieonderbrekingen in India en China.
- Het risico op geneesmiddelentekorten neemt daardoor in de komende maanden toe.

- Daarnaast is ook de wereldwijde vraag naar COVID-19 gerelateerde middelen, waaronder IC medicatie, sterk toegenomen.
- Goed inzicht in de voorraden en de (verwachte) vraag zijn cruciaal om op tijd dreigende tekorten te signaleren en preventieve actie te kunnen nemen.
- Sinds enkele weken monitort het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) de voorraden en vraag van de corona-gerelateerde IC-medicatie.
- Daarnaast hebben de partijen in de gehele geneesmiddelenketen[1] ingestemd om ook voor de algemene geneesmiddelenvoorziening een monitor in te richten voor een beperkt aantal geneesmiddelen.
- Het CBG heeft hiervoor een risico gerichte lijst opgesteld.
- Dit gebeurt tijdelijk, namelijk zolang de coronacrisis aanvullende risico's met zich meebrengt, en is op vrijwillige basis.
- Partijen kunnen zo zelf preventief maatregelen nemen om tekorten zoveel mogelijk te voorkomen.

[1] De leveranciers van geneesmiddelen (de VIG, BOGIN en GLN), de groothandels (BG Pharma, VES), de Stichting Farmaceutische Kerngetallen, de stichting Dutch Hospital Data (DHD), Farmanco en Farminform.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

56. Q: U communiceert helemaal niks over geneesmiddelentekorten, wat gaat u daar aan doen?

- De afgelopen weken is in de kamerbrieven over de stand van zaken over COVID-19 aandacht geweest voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen.
- Aanvullend op het reguliere meldpunt geneesmiddelentekorten en –defecten van de IGJ en het CBG is sinds enkele weken het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen opgericht om de beschikbaarheid van IC medicatie te monitoren.
- Daarnaast komt er vanaf 7 mei een tijdelijke monitor voor (een deel van) de algemene geneesmiddelenvoorziening.
- Daarnaast zullen we in overleg met partijen vanaf juni concrete afspraken maken om de ijzeren voorraad aan te leggen.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

57. Q: Is er sprake van acute tekorten?

- Voor geneesmiddelen waar tekorten dreigen heeft de IGJ een tekortenbesluit gepubliceerd, dat betekent dat deze geneesmiddelen bijvoorbeeld uit het buitenland gehaald mogen worden of dat deze geneesmiddelen onder bepaalde voorwaarden door apothekers mogen worden bereid.
- Op dit moment zijn er geen acute tekorten, dat wil zeggen geneesmiddelen waar geen alternatieven voor beschikbaar zijn bekend.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

58. Q: Wanneer is de IJzeren Voorraad nu eindelijk eens klaar?

- In de kamerbrief van 3 november heeft mijn voorganger aangekondigd dat het aanleggen van een ijzeren voorraad tijd nodig heeft - circa 1,5 tot 2 jaar.
- De uitbraak van het COVID-19 virus heeft tot gevolg dat het aanleggen van de ijzeren voorraad waarschijnlijk meer tijd nodig heeft.
- Begin juni vindt overleg plaats met de werkgroep geneesmiddelentekorten om nadere afspraken te maken over het aanleggen van de ijzeren voorraad.
- Dan is ook het vervolgonderzoek van Gupta Strategists gereed naar de financieringssystematiek van de ijzeren voorraad.
- Een groot deel van de extra kosten zal door de firma's en groothandels zelf worden gedragen.
- Het kabinet investeert 25 miljoen euro per jaar in de ijzeren voorraad voor de periode 2020-2024/2025 (met een oploop in 2020).
- In de zomer zal ik de Kamer nader informeren over de operationalisering van de ijzeren voorraad.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

59. Q: Gaat u meer productie naar Nederland/ Europa halen?

Antwoord

- Eerder was al duidelijk dat de geneesmiddelenketen kwetsbaarder is geworden door het verminderen van het aantal productielocaties en een concentratie daarvan in derde landen (zoals China en India) en de verhoogde vraag op mondiaal niveau naar geneesmiddelen.
- De uitbraak van COVID-19 heeft dit nog duidelijker aangetoond.
- In de motie 25295 (lid Marijnissen en Heerma) is gevraagd om een voorstel voor versterking en uitbreiding van de productie van geneesmiddelen, vaccins en beschermingsmateriaal, in ons land en in Europa.
- De Kamer zal voor de zomer een eerste voorstel ontvangen over de voorgestelde aanpak.

Fractie: **Kamerlid:**

Vraagnr:

60. Q: Krijgen we nog wel alle geneesmiddelen uit andere landen?

- Vanwege de sterke internationale dynamiek, zijn, ondanks alle extra inspanningen, tekorten nooit volledig uit te sluiten.
- Verminderde productiecapaciteit door lockdowns, tekorten aan grondstoffen en logistieke uitdagingen door bijvoorbeeld exportverboden spelen daarin een grote rol.
- Er vindt hierover veel contact plaats op diplomatiek niveau, zowel Europees als bilateraal.
- Kortgeleden heeft de Indiase overheid de export van drie partijen hydroxychloroquine naar Nederland goedgekeurd.
- Dit is mede het resultaat van de goede diplomatieke betrekkingen.

Q&As Donorwet

61. Q: Waarom gaat de Donorwet op 1 juli gewoon in?

- Dit is de datum die sinds het begin van de campagne meer dan 1 jaar geleden overal is genoemd.
- Het huidige register is er bovendien niet op berekend om veel langer dan 1 juli in de lucht te blijven en het nieuwe register – met enkele nieuwe functionaliteiten - kan alleen 'live' gaan als de wet van kracht is.
- Tot slot biedt uitstel ook geen zekerheid omdat het verdere verloop van de crisis lastig valt te voorspellen.

62. Q: Donorwet Waarom kiest u er voor om mensen later aan te schrijven?

- Ik zie en begrijp dat Nederlanders veel bezig zijn met de gevolgen van Corona. Ik wil mensen meer tijd gunnen voor de belangrijke keuze over orgaandonatie.
- Daarom zal ik de brieven aan iedereen boven de 18 jaar die nog geen keuze heeft gemaakt pas vanaf 1 september 2020 versturen.
- Ook neem ik voor dit proces meer tijd. Uiteindelijk zal iedereen medio 2021 in het Donorregister staan, hetzij met een actieve keuze, hetzij onder de vermelding 'geen bezwaar tegen orgaandonatie'.

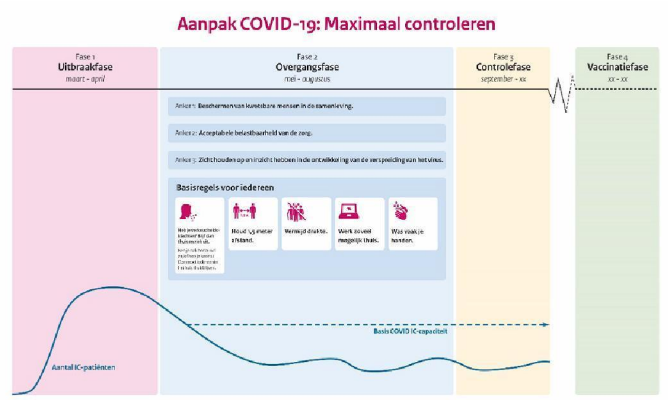
Internationale vergelijking

COVID-19: mondkapjesbeleid omringende landen (algemeen beeld, stand 29-04-2020 10:40)

BELGIË	**Verplicht** per 4 mei in OV, op school en waar 1,5m onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Overheid verstrekt 1 masker + 2 filters per bewoner. Zelfgemaakte mondkapjes of alternatieve mond-/neusbedekking (bv. sjaal) zijn ook toegestaan. Eerder gaf Belgisch RIVM aan dat mondkapjes niet nodig waren. Onder publieke en politieke druk lijkt men dit advies nu te hebben aangepast, ten einde de stap naar afbouw van maatregelen te bespoedigen.
DENEMARKEN	**Niet verplicht** of aangeraden.
DUITSLAND	**Verplicht** per 27 april in OV, winkels en waar 1,5m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Zelfgemaakte mondkapjes of mond-/neusbedekking (bv. sjaal) toegestaan. Veel discussie over medische onderbouwing van advies. Verplichting vooral gebaseerd op suggestie van WHO dat het kan helpen als onderdeel van breder pallet aan preventiemaatregelen, bij tegengaan besmetting van anderen.
FRANKRIJK	**Verplicht** per 11 mei in OV (incl. taxi's), VO en waar 1,5m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen) Aangeraden in winkels (winkeliers mogen van klanten dragen mondkapjes verlangen). Verboden op kleuterschool. Niet aangeraden op basisschool. Per 30 april opent La Poste een e-commerce-platform voor de verkoop van maskers. Werkgevers moeten personeel maskers verstrekken. Scholen moeten ook leerlingen maskers verstrekken. Sociale diensten verstrekken maskers aan kwetsbaren (bv. daklozen). Er lijkt overeenstemming dat het bedekken van mond en neus in de publieke ruimte, bij kan dragen aan het tegengaan bij verspreiding wanneer beperkende maatregelen worden afgebouwd.
ITALIË	**Verplicht** per 4 mei in OV, winkels en daar waar 1m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Mondmaskers in publieke ruimte wordt vooral gezien als een maatregel die helpt verspreiding tegen te gaan als beperkende maatregelen worden afgbeouwd.
LUXEMBURG	**Verplicht** per 20 april in OV, winkels en waar 2m afstand onhaalbaar is (bv. bepaalde werkplekken of contactberoepen). Mondkapjes aangeraden op scholen (en verplicht in schoolbus). Regering verstrekt 5 mondkapjes per werknemer (voor bedrijven < 50 werknemers) die 20 april opengaan. Luxemburg-stad verspreidt 5 mondkapjes per inwoner. Werkgevers moeten personeel zo nodig maskers verstrekken.
OOSTENRIJK	**Verplicht**. vanaf 1 mei wanneer alle winkels, inclusief contactberoepen weer open gaan. Gaat overigens niet om medische mondmaskers, maar alles dat je mond bedekt lijkt toegestaan. In OV wordt social distancing (nb is hier 1 meter) afgeschaft, omdat het onhoudbaar is. Ook hier geldt wel mondkapjesplicht. Vanaf 15 mei gaat horeca weer open. Personeel moet mondkapjes dragen. Vanaf 29 mei gaan de hotels, toeristische attracties en zwembaden, met social distancing en mondkapjesplicht. Er is geen discussie over mondkapjesplicht. Mensen lijken al blij genoeg dat alles redelijk terug bij normaal geraakt.
SPANJE	**Verplicht** in situaties waar geen 1,5 meter afstand kan worden gehouden. Men adviseert het gebruik van chirurgische/hygiënische mondkapjes, maar dat is niet verplicht. Lichtere versies mogen ook. Men benadrukt dat mondkapjes niet in plaats komen van de wel bekende regels: 1,5m afstand, handen wassen en bedekken bij hoesten/niesen. De overheid heeft chirurgische mondkapjes gratis uitgedeeld en heeft de prijs wettelijk gereguleerd. De maximale prijs is 0.96 euro per chirurgische mondkapje. Op dit moment er zijn voldoende chirurgische/hygiënische mondkapjes, en bijna iedereen op straat draagt er nu een. Andere soorten mondkapjes (met name FFP2) worden in principe gereserveerd voor gebruik bij essentiële beroepen (maar ze zijn ook te koop en kunnen voor ongeveer 8-10 euro's worden gekocht bij apotheken, etc.).
VK	**Niet verplicht.** In Schotland wel geadviseerd. Johnson geeft wel aan dat gebruik in publieke ruimte

	mogelijk kan helpen bij bespeodigen van afbouw beperkende maatregelen. Daar kwam weer kritiek op vanuit de medische wereld.
ZWEDEN	**Niet verplicht** of aangeraden
ZWITSERLAND	**Niet verplicht** of aangeraden. Zwitserland volgt vooralsnog het advies van de WHO, al neemt de kritiek hierop toe nu de buurlanden wel tot verplichting overgaan.
VS	Verplichting verschilt per staat. Mogelijk volgt verplichting in bepaalde situaties, wanneer de lock down wordt teruggeschroefd. Vooralsnog adviseert het CDC het gebruik van mondkapjes in de publieke ruimte, maar het mag hierbij ook gaan om 'stoffen gezichtsbedekking'. Daarbij geeft men aan dat: - Iedereen wordt geadviseerd gezichtsbedekking te dragen als ze naar openbare plekken gaan waar het moeilijk is om afstand te houden, bijvoorbeeld om naar de supermarkt te gaan. - Gezichtsbedekking hoeft niet te worden gedragen door kinderen jonger dan 2 jaar, mensen die moeite hebben met ademhalen, bewusteloos of anderszins niet in staat zijn om het masker zonder hulp te verwijderen. - De gezichtsbedekking is bedoeld om andere mensen te beschermen als u besmet bent. - Gebruik geen gezichtsmaskers die zijn bedoeld voor een zorgverlener. - Hou ongeveer 6 ft (ongeveer 1,8m) afstand tussen uzelf en anderen. De gezichtsbedekking is geen vervanging voor andere maatregelen. - Het CDC geeft aan dat uit recente onderzoeken blijkt dat een aanzienlijk deel van de personen met het coronavirus, geen symptomen heeft ("asymptomatisch") en dat zelfs degenen die uiteindelijk symptomen ontwikkelen ("presymptomatisch"), het virus op anderen kunnen overdragen voordat ze symptomen vertonen. Dit betekent dat het virus zich kan verspreiden tussen mensen die in de buurt met elkaar omgaan - bijvoorbeeld praten, hoesten of niezen - zelfs als die mensen geen symptomen vertonen. Daarom adviseert het CDC om gezichtsbedekkingen van stof te dragen in openbare omgevingen waar andere sociale afstandsmaatregelen moeilijk te handhaven zijn (bijvoorbeeld supermarkten en apotheken), vooral in gebieden waar veel besmettingen voor komen. Het CDC adviseert deze maatregel om de verspreiding van het virus te vertragen. Als extra vrijwillige maatregel voor de volksgezondheid kunnen stoffen gezichtsbedekkingen worden gebruikt die zijn gemaakt van huishoudelijke artikelen of die thuis zijn gemaakt van gewone materialen tegen lage kosten. De aanbevolen bekledingen van stoffen zijn geen chirurgische maskers of N-95-maskers. Dat zijn cruciale benodigdheden die gereserveerd moeten blijven voor gezondheidswerkers en andere medische eerstehulpverleners, zoals aanbevolen door de CDC-richtlijnen

Van fase naar fase
We staan aan het begin van de volgende fase in de bestrijding van deze uitbraak. In deze overgangsfase werken we stapsgewijs toe naar de controlefase. Dat moet op een verantwoorde manier; de kans op een tweede uitbraak is namelijk reëel als we niet voorzichtig genoeg zijn. De samenleving heeft hierbij voor een belangrijk deel de sleutel zelf in handen. Het langdurig beperken van de verspreiding van het virus vraagt om inzet, verantwoordelijkheid en zelfbeheersing van ons allemaal. Dat is een gezamenlijke zoektocht naar een verantwoord pad, tot we beschikken over een goed werkend vaccin.



3 ankerpunten strategie
Bij het zetten van de volgende stappen richting de controlefase houden we vast aan drie ankerpunten, die ik ook in mijn eerdere brieven heb genoemd: zorgen dat de zorg het aan kan, kwetsbare mensen in de samenleving zo goed mogelijk beschermen, en nog meer zicht op en inzicht in de verspreiding van het virus.

Aanpak
Het kabinet heeft scenario's uitgewerkt om sectoren stapje voor stapje weer gedeeltelijk te kunnen openen. Om te voorkomen dat het virus weer om zich heen grijpt en om het effect van versoepeling goed te kunnen monitoren, kunnen maatregelen alleen stap voor stap worden losgelaten.

Bij het versoepelen van de maatregelen neemt het kabinet onder meer de volgende aspecten in ogenschouw:

- De mate waarin de hoeveelheid mobiliteit toeneemt door opening van een sector;
- De mate waarin een sector in staat is de algemene hygiënevoorschriften te implementeren;
- De sociaal-maatschappelijke en economische impact van een sector;
- De mate waarin de openbare ruimte belast wordt door opening van een sector.

De sectoren met de minste impact op de hoeveelheid mobiliteit en belasting van de publieke ruimte, die in staat zijn om de RIVM-richtlijnen te hanteren, en die een grote sociaal-maatschappelijke en/of economische impact hebben, kunnen het eerste open. Voor sectoren waarbij juist het omgekeerde van toepassing is, geldt dat deze rekening moeten houden met een langer tijdpad. Afweging van en besluitvorming vindt plaats na advisering door het OMT.

Er mag al veel wel..
Inmiddels hebben we de uitbraakfase achter ons gelaten en bevinden we ons in de overgangsfase. Binnen deze fase zijn reeds de eerste stappen gezet met betrekking tot de basisscholen en kinderopvang, en mogelijkheden voor georganiseerd sporten in de buitenlucht voor jongeren tot en met 18 jaar. Het kabinet wil in aanvulling hierop nu stap voor stap en op een verantwoorde manier verder op het pad van versoepeling richting de controlefase. Uiteraard gebeurt dit met inachtneming van de adviezen van het Outbreak Management Team (OMT).

Economie vs. Gezondheid
Het perspectief van de volksgezondheid dient daarnaast in samenhang bezien te worden met het maatschappelijk, sociaal en economisch perspectief en kent daarmee ook een samenhang in timing. Economie en gezondheid staan niet tegenover elkaar, maar liggen juist in elkaars verlengde. Fasering van de aanpak van volksgezondheidsmaatregelen en maatregelen uit het economisch pakket van dit kabinet lopen parallel. Dit maakt dat het kabinet ook andere partijen betrekt bij deze strategie.

Sectoren die niet door overheid zijn gesloten
Niet voor alle sectoren geldt dat zij afhankelijk zijn van besluiten van het kabinet over de te versoepelen maatregelen. Tal van sectoren die vallen binnen de bevoegdheid van de veiligheidsregio's of die autonoom kunnen beslissen tot openstelling, werken al volgens aangepaste richtlijnen in de anderhalve meter samenleving of bereiden deze voor. Te denken valt aan winkels, natuurparken, zwemgelegenheden, vakantieparken met individuele sanitaire voorzieningen en de rechtspraak. Belangrijk is dat openstelling van deze sectoren beheerst en georganiseerd gebeurt om het beroep op de openbare ruimte en mobiliteit te beheersen.

De veiligheidsregio en/of gemeenten maken hierover concrete afspraken met deze sectoren. Ook dienen de sectoren de algemene hygiënemaatregelen van het kabinet, zoals de anderhalve meter maatregel, in acht te nemen, te implementeren en te handhaven.

Protcollen sectoren die niet gesloten zijn
We hebben deze sectoren gevraagd protocollen op te stellen, die gaan over veilig werken en samenleven en werkwijzen bevatten gericht op afstand houden, hygiëne en bescherming. Protocollen hebben zelf geen juridische status, maar zijn een uitwerking voor de werkvloer. De sector stelt zelf een protocol op voor de eigen werksituatie. Het toezicht op naleving van het protocol ligt binnen de sector. Een bedrijf of instelling moet zelf zijn medewerkers en bezoekers informeren over het protocol.

3. gebruik mondmasker

Verschillende typen mondmaskers

- Er zijn twee typen maskers:
- Ten eerste de adembeschermingsmaskers/FFP, deze maskers hebben een filter in zich. Afhankelijk van het type kunnen deze 80% tot 98% van de alle druppels uitfilteren. Voor Covid-19 worden FFP2 maskers geadviseerd, deze filteren minimaal 94% van de druppels uit. De adembeschermingsmaskers bieden de zorgverlener bescherming en voorkomen dat hij niet raakt geïnfecteerd.
- Ten tweede, de chirurgische mondneusmaskers. Deze beschermen tegen druppels en spatten, maar hebben een beperkte filterwerking. Voor Covid-19 wordt het chirurgisch masker Type IIR geadviseerd, daar deze ook spatbestendig is. De overige types chirurgisch masker zijn vooral bescherming van de patiënt en niet de drager.
- Mondmaskers worden bij zorgverleners ingezet, omdat die zorgverleners zich niet aan die anderhalvemeterregel kunnen houden en omdat in de omgeving van het ziekenhuis natuurlijk de meest intensieve contacten en de hoogste concentraties aan besmette druppels aanwezig zijn.

Gepast gebruik

- Het type handeling bepaald welk type mondmaskers moet worden gebruikt.
- Gelet op de manier van transmissie van Covid-19 (druppel/contact) adviseert het OMT dat in situaties waarin Covid-19 patiënten verzorgt worden, maar geen handelingen verricht worden die aanleiding geven tot aerosolvorming, kan volstaan worden met een chirurgisch masker type IIR.
- Alleen bij aerosolvormende procedures in de ziekenhuis- en langdurige zorg zijn FFP maskers nodig.
- Gepast gebruik van maskers is belangrijk, omdat maskers ook nadelen hebben. FFP2-maskers zitten erg strak het gelaat en filteren dermate sterk dat je dat als zorgverlener niet lang volhoudt, want je krijgt te weinig lucht. Tevens vindt ook verzadiging plaats. Dat komt door het vocht in de ademhaling. Op een gegeven moment wordt het daarom steeds moeilijker om daardoor te ademen. Men kan hierdoor zelfs flauwvallen. Dergelijke maskers kunnen slechts voor beperkte tijd gedragen worden. Bij te lang rondlopen heb je al snel de neiging om eraan te gaan zitten. Dat levert weer meer risico's op.
- Dit betekent dat het gebruik van maskers moeten echt aan specifieke handelingen en specifieke situaties worden gekoppeld. Het RIVM heeft protocollen opgesteld over het gebruik van mondmaskers. Deze gaan over de maximale periode dat je maskers kan gebruiken; over de juiste wijze van opzetten, de juiste wijze van afdoen, het niet even om de nek hangen. Bij onjuist gebruik kunnen ze het risico op besmetting zelfs verhogen.
- Het OMT heeft tevens geadviseerd over gebruik van maskers in verpleeghuizen.
- In zijn algemeenheid is hygiëne zoals handenwassen altijd essentieel. Een deel van de overdracht geschiedt namelijk via de handen en dat kan je voorkomen door handen te wassen.
- Voor verpleeghuizen geldt dat als er een positief geteste bewoner is, de afdeling waar die bewoner zich bevindt, beschouwen als cohortverpleging en dat dan dus het dragen van het chirurgisch mondneusmasker geïndiceerd is voor medewerkers op die afdeling, omdat de kans groot is dat er meer personen positief zijn. Op afdelingen die gescheiden zijn van de Covid-afdeling is dan geen reden tot gebruik van maskers.

287491

Verslag crisisoverleg Corona – Caribisch Nederland

Datum en tijd: 18-05, 17:30 – 18:15 Aanwezig: Staatssecretaris, (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) Afwezig: SG

Verslag en actielijst vorig overleg

- Uitgevoerd.

Beeld

- Epidemiologische situatie is onveranderd.
- Deze week komt het AMI-personeel van AUA uit quarantaine. Nieuwe AMI-team voor CUR (42, daarna 32) vliegt morgen in. Op SXM werken ze cf. bestaand plan. In de praktijk is de situatie rustig omdat de druk op de IC's meevalt.
- Op BON zijn 2 beademingsapparaten aangesloten. Er wordt nagegaan of alles op orde is zodat e.e.a. inzetbaar is.
- Matrix op basis van het OMT-advies wordt ingevuld, met waar mogelijk ook data en deadlines.
- Morgen bilateraal overleg stas en (10)(2e) (10)(2e) over ziekenhuissamenwerking. Hierna volgen ook bilaterale overleggen met andere Landen.
- Deze week daarnaast ziekenhuisoverleg tussen de Landen. Er is een beweging richting samenwerking maar nog niet voldoende.
- Volgende vier-landenoverleg volgt volgende week.

Oordeelsvorming

- Doel van het overleg met (10)(2e) is te benadrukken dat samenwerking tussen de Landen van cruciaal belang is gezien de toon die MBZK en MFIN aanslaan. Lastig om in te schatten of de gevraagde besparing realistisch is. Alle ziekenhuizen hebben al financiële problemen en hebben nu ook te maken met minder inkomsten. Tegelijkertijd is er naar verwachting qua efficiëntie en salarissen wel winst te behalen. Stas wil idealiter voor RMR van 3 juni iets concreets hebben. Of dat lukt is afhankelijk van inzet van de Landen. Komt morgen nader aan de orde.
- Gesprek over CFT-advies en de gevolgen voor AUA. Op 1 juli moet een besparing gerealiseerd zijn. Onduidelijk nog hoe dit ingevuld gaat worden.

Besluitenlijst

- ZJCN levert morgen voorbereiding aan voor overleg met (10)(2e)

Minister van VWS

In de Wet publieke gezondheid is opgenomen dat:

- De minister van VWS leiding geeft aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A of een directe dreiging daarvan (artikel 7, Wpg).
- De minister kan in zo'n situatie de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen.
- Het bestuur van de veiligheidsregio zorg draagt voor de voorbereiding op de bestrijding van een A-ziekte. Het bestuur beschrijft in zijn crisisplan de organisatie
- De voorzitter van de veiligheidsregio zorg draagt voor de bestrijding van een A-ziekte.
- De GGD is verantwoordelijk voor de operationele voorbereiding en uitvoering van de infectieziektebestrijding.

De minister van VWS kan de voorzitter van de veiligheidsregio opdracht geven om bepaalde maatregelen uit te voeren of juist niet uit te voeren. Bij afwezigheid van een dergelijke opdracht kan de voorzitter veiligheidsregio zelf beslissen over het nemen van maatregelen ter bestrijding van de infectieziekte-uitbraak (gehoord hebbende de GGD). In de praktijk is een opdracht of aanwijzing meestal niet nodig omdat de betrokken bestuurders, organisaties en patiënten meewerken aan het landelijke beleid voor de bestrijding van de infectieziekte.

Opdracht of aanwijzing

- Als de minister van VWS opdrachten of aanwijzingen geeft aan de voorzitter veiligheidsregio doet hij dat in een officiële brief met vermelding van het wetsartikel waar de opdracht of aanwijzing op gebaseerd is. In de praktijk zal dit nauwelijks gebeuren.

Het gaat bij het nemen van maatregelen om:

- personen ter isolatie in een ziekenhuis doen opnemen;
- een ter isolatie opgenomen persoon door een arts doen onderzoeken;
- personen in quarantaine plaatsen;
- een persoon een verbod opleggen om beroeps- of bedrijfsmatige werkzaamheden te verrichten;
- gebouwen, vervoermiddelen, goederen en waren controleren op besmetting;
- voorschriften geven van technisch-hygiënische aard voor besmette gebouwen, vervoermiddelen, goederen en waren;
- besmette gebouwen, vervoermiddelen of goederen ontsmetten, inclusief vernietiging van vectoren;
- besmette gebouwen of terreinen dan wel gedeelten daarvan sluiten;
- een verbod uitvaardigen voor het gebruik maken of betreden van besmette vervoermiddelen; - besmette waren vernietigen;
- opdracht geven aan de exploitant van een burger(lucht)haven om voorlichting te geven aan reizigers, medewerking te verlenen aan onderzoek van vertrekkende of aankomende reizigers, voorschriften van technisch-hygiënische aard uit te voeren en gebouwen of terreinen dan welgedeelten daarvan te sluiten;
- opdracht geven aan een vervoersexploitant om voorlichting te geven aan passagiers, maatregelen van technisch-hygiënische aard uit te voeren, een schip of luchtvaartuig en de hierin aanwezige goederen te controleren en te ontsmetten, met inbegrip van de vernietiging van vectoren.
- de minister kan de burgemeester opdragen om toepassing te geven aan de maatregelen bedoeld in artikel 22a van de Wet op de lijkbezorging (Wpg, art. 7 lid 3). De minister kan een bestuurlijk afstemmings overleg (BAO) voeren (Wpg, art. 7 lid 4).

Wettelijke bevoegdheden minister van VWS bij A-ziekten bij zorgaanbieders

- De minister kan een schriftelijke aanwijzing geven aan een zorgaanbieder en eventueel bestuursdwang, last onder dwangsom, bestuurlijke boete en hechtenis (laten) opleggen (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, art. 27-30). Dat kan hij onder andere als hij van oordeel is dat een zorginstelling geen goede zorg biedt (art. 2) of dat een zorginstelling de zorg niet goed organiseert (art. 3).

287492

- De minister kan verzocht worden door de voorzitter van de veiligheidsregio om de nodige maatregelen te treffen tegen een instelling of zorgaanbieder als die in gebreke blijft ondanks een schriftelijke aanwijzing van de voorzitter veiligheidsregio (Wet veiligheidsregio's, art. 34).
- De minister kan opdracht geven aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg om een zorgaanbieder te inspecteren
- De minister kan, na advies van de betreffende zorgverzekeraars en het bestuur van de veiligheidsregio, tijdelijk een andere rechtspersoon aanwijzen voor ambulancezorg als een RAV niet meer aan de eisen kan voldoen (Tijdelijke wet ambulancezorg, art. 8).
- De minister is bevoegd tot het opleggen van een last onder dwangsom ter handhaving van eisen van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg (Tijdelijke wet ambulancezorg, art. 12).
- De minister kan (een gesloten afdeling van) een ziekenhuis aanwijzen waar gedwongen opneming ter isolatie ten uitvoer wordt gelegd. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen eisen worden gesteld waaraan de opneming ter isolatie en het onderzoek moeten voldoen (Wet publieke gezondheid, art. 34).
- De minister en de directeur-generaal volksgezondheid hebben, bij Koninklijk Besluit, op basis van de Noodwet geneeskundigen bevoegdheden met betrekking tot de geneeskundige, tandheelkundige, verloskundige en farmaceutische voorziening ten behoeve van de bevolking voor het geval van oorlog, oorlogsgevaar, daaraan verwante of daarmede verband houdende buitengewone omstandigheden.

Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat

- De minister van Ienw kan bij een infectieziektecrisis bevelen geven aan de gezagvoerder van een schip of een luchtvaartuig inzake de (lucht)haven van aankomst door bijvoorbeeld een (lucht)haven voor binnenkomst aan te wijzen. Voor verdergaande maatregelen over het vervoer en havens kan de minister van IenM noodbevoegdheden aanwenden.
- IenW is tevens verantwoordelijk voor de regelgeving rond het vervoer van gevaarlijke stoffen. Dit is vastgelegd in internationale regelgeving (RID/ADR/ADN). Daaronder valt het vervoer van infectueus materiaal.
- Het ministerie van IenW heeft een verantwoordelijkheid bij het watermanagement in Nederland, de rijkswegen, het KNMI, Luchtvaart, Scheepvaart, Drinkwater, Bodem, Afval, Spoorvervoer, Openbaar Vervoer, Buisleidingen en Milieu. Primair zijn de desbetreffende bedrijven en organisaties zelf verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van hun continuïteitsplannen en het nemen van gepaste maatregelen.
- Ten tijde van een infectieziektecrisis kan IenM in overleg treden met de belangrijkste bedrijven, vervoerders en/of brancheorganisaties om, binnen de kaders die daarvoor gelden, nadere afspraken te maken en afstemming te zoeken over de aanpak van de crisis en benodigde sectorale maatregelen. Zo is een uitgangspunt van de International Health Regulations van de WHO dat bij internationaal transport geen onnodige (handels)belemmeringen mogen worden opgeworpen. Afhankelijk van de sector heeft IenM meer of minder mogelijkheden om sturend te kunnen optreden en/of maatregelen op te stellen om de effecten van besluitvorming te mitigeren. Zo is IenM concessieverlener voor de Nederlandse Spoorwegen, maar ligt de verantwoordelijkheid voor het decentrale Openbare Vervoer bij de decentrale vervoersautoriteiten. Daarentegen kan actief richting worden gegeven aan drinkwaterbedrijven om geïnfecteerd personeel te weren op een drinkwaterbedrijf.
- De Drinkwaterwet geeft de minister IenM bevoegdheden om in het kader van een crisis maatregelen te nemen om bijvoorbeeld verspreiding van infectieziekten via het drinkwater te voorkomen of te beperken.

Ministerie van Justitie en Veiligheid

- De minister van Justitie en Veiligheid heeft op het terrein van rampenbestrijding en handhaving van de openbare orde, de mogelijkheid om het gezag over te nemen bij grootschalige verstoringen van de openbare orde, bij rampen in het algemeen en specifiek met het oog op grootschalige evacuatie (noodwetgeving). Hierbij wordt rekening gehouden met de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit: Het kan alleen als bestuurlijke interventie

287492

nodig lijkt (proportionaliteit) en de normale mogelijkheden tot interventie door bijvoorbeeld overleg of verzoek ontoereikend zijn (subsidiariteit).

- Bij een infectieziektecrisis is de minister van JenV op nationaal niveau verantwoordelijk voor de handhavingsmaatregelen ten aanzien van de openbare orde en veiligheid en de voorzitter van de veiligheidsregio aanwijzingen geven (Politiewet 2012, artikel 15, lid 3). De minister van JenV is als coördinerend minister voor crisisbeheersing kan deelnemen in het Bestuurlijk Afstemmingsoverleg (BAO)).
- Het LOCC (Landelijk Operationeel Coördinatiecentrum) kan de operationele inzet van hulpdiensten en middelen op landelijk niveau coördineren. Het LOCC kan worden ingeschakeld wanneer meerdere veiligheidsregio's betrokken zijn bij de infectieziekte-uitbraak.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

- De verantwoordelijkheid voor maatregelen op het terrein van arbeidsomstandigheden zijn belegd bij de werkgevers. Volgens de Arbowet zijn werkgevers verantwoordelijk voor werknemers bij een uitbraak van infectieziekten. Het Arbo Management Team (verder: AMT) kan werkgevers tijdens een crisis van informatie voorzien over de betreffende infectieziekte en eventueel te nemen maatregelen. Het AMT bestaat uit een vast kernteam van deskundigen op het gebied van infectieziekten en werk. Het AMT kan een afgevaardigde naar het OMT sturen zodat arbo-aspecten in de infectieziektebestrijding worden meegenomen. Op deze wijze komt bij de bestrijding van infectieziekten de kennis van het CIb ook voor arbo-professionals beschikbaar en kan het AMT adviseren over aspecten die met arbeidsomstandigheden samenhangen.
- Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten ontvangt meldingen van arbo-professionals over de prevalentie van infectieziekten waarvoor een meldplicht geldt. Het CIb ontvangt via de GGD'en meldingen van meldingsplichtige infectieziekten waarbij arbeidsgerelateerde factoren een rol spelen
- De rol van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in het domein van de kinderopvang is met name gelegen in het informeren van de koepel, die vervolgens de kinderopvanginstellingen informeert over de maatregelen die VWS de voorzitter van de Veiligheidsregio laat treffen.

Ministerie van Economische Zaken

- De betrokkenheid van het ministerie van Economische Zaken komt naar voren als het gaat om de voedselvoorziening en om dierziekten die op de mens kunnen worden overgedragen (zoönosen)
- In uitzonderlijke gevallen kan de uitbraak van een infectieziekte leiden tot voedselschaarste door problemen bij de productie en of distributie. De Distributiewet geeft vergaande bevoegdheden aan de minister van EZ. Het gaat in dit geval om noodwetgeving. Op basis van deze wet krijgt de minister van EZ de mogelijkheid om opdracht te geven aan producenten en leveranciers met betrekking tot de productie en levering van goederen. Het gaat hierbij om een resultaatverplichting. De daadwerkelijke distributie van goederen vindt plaats via een bonnensysteem. Op dit moment wordt dit systeem gemoderniseerd. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering. De minister van EZ stelt vast welke goederen worden gedistribueerd.
- Indien een infectieziekte-uitbraak leidt tot problemen bij het produceren en leveren van goederen en de minister van EZ overweegt opdrachten te geven aan producenten en leveranciers, dan is de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing het gremium waarin de afkondiging van deze maatregel moet worden afgestemd met de andere ministers. Inwerkingtreding van de Distributiewet wordt gezien als een vergaande maatregel: producenten en leveranciers zijn zeer (pro)actief in het voorkomen of oplossen van knelpunten in de voedselketen. Daarbij komt dat het ingrijpen in productie en distributie in het algemeen belemmeringen oplevert voor het vrij verkeer van goederen. Op grond van EU verdragen moeten die belemmeringen zo veel mogelijk worden voorkomen.

Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen

- De Onderwijswetgeving biedt de minister van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen (OCW) geen basis om tot sluiting van scholen over te gaan. Dit kan bij een infectieziektecrisis eventueel wel op basis van artikel 47 Wpg in samenhang met de Gemeentewet. De minister van VWS stelt de maatregel vast en de voorzitter van de veiligheidsregio voert hem uit.
- De rol van de minister van OCW is met name gelegen in het informeren van de koepels (de raden voor primair en voortgezet onderwijs), die vervolgens de scholen informeren over de maatregelen die VWS de voorzitter van de Veiligheidsregio laat treffen.

Ministerie van Binnenlandse Zaken

- Bij een grootschalige uitbraak van infectieziekten met veel sterfgevallen kunnen bijzondere maatregelen nodig zijn voor het vervoer en de wijze van lijkbezorging. Artikel 22a van de Wet op de lijkbezorging levert hiervoor het wettelijk kader.

Ministerie van Buitenlandse Zaken

- Het ministerie van Buitenlandse zaken is partner bij het informeren van buitenlandse mogendheden en het onderhouden van contacten.
- Het ministerie van Buitenlandse zaken geeft reisadviezen waarmee Nederlanders zich kunnen voorbereiden op veiligheidsrisico's verbonden aan een buitenlands verblijf. Veiligheidsrisico's variëren van criminaliteit tot natuurgeweld, terrorisme en oorlogshandelingen. In de reisadviezen van BZ wordt ook doorverwezen naar informatie over gezondheid in het buitenland (bijvoorbeeld van het Landelijk Centrum Reizigersadvisering). Als de gezondheidssituatie tot veiligheidsrisico's voor Nederlanders leidt, dan wordt dit ook opgenomen in het reisadvies.
- Verantwoordelijkheden t.a.v. repatriëring zijn vastgelegd in het handboek repatriëring.

Ministerie van Defensie

- Het ministerie van Defensie kan ondersteunen bij de bestrijding van infectieziekten door het beschikbaar stellen van mensen en materialen.
- Op basis van de Wet Veiligheidsregio's en de Politiewet kan via een bijstandsaanvraag via de minister van Defensie defensiepersoneel op Nederlands grondgebied worden ingezet om capaciteitsproblemen op te lossen.
- De Regeling militaire steunverlening maakt het mogelijk om, wanneer het openbaar belang daarom vraagt, ondersteuning te verlenen. Het kan bijvoorbeeld gaan om medisch personeel of om versterking van de medische infrastructuur door bijvoorbeeld levering van mobiele operatiekamers. Ook kan het ministerie van Defensie op verzoek van de minister van VWS bijdragen aan de medicijnvoorziening via de bij Defensie opgeslagen medicijnen en vaccins.
- Het ministerie van Defensie is bij een infectieziektencrisis verantwoordelijk voor zijn militaire havens en (het militaire deel van zijn) luchthavens.

Ministerie van Financiën

- Het ministerie van Financiën heeft een rol bij de financiering van de maatregelen. Maatregelen ter bestrijding van een infectieziekte kunnen zeer omvangrijk en kostbaar zijn. Overleg met het ministerie van Financiën over de financiering en dekking van maatregelen is dan ook noodzakelijk. Besluitvorming in de Ministerraad ligt eveneens in de rede.

287495

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) DGV

T 070-(10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum
18 mei 2020

Aantal pagina's
2

verslag

Betreft	MT DGV
Vergaderdatum en -tijd	18 mei 2020 12:30-13.30 uur
Vergaderplaats	Telefonisch
Aanwezig	(10)(2e) (voorzitter, VGP), (10)(2e) (PG), (10)(2e) (S), (10)(2e) (IZ), en (10)(2e) BPZ, verslag)
Afwezig	DGV, (10)(2e) (PG)

1. Opening en actualiteiten

a. Actualiteiten directies

IZ:

- De Adviesraad Internationale Vraagstukken heeft een advies uitgebracht over de wereldwijde COVID-19 aanpak en de rol van Nederland en de EU daarin. Daarin wordt ook aangegeven dat het Kabinet een groot bedrag moet reserveren voor hulp aan andere landen. Dit zal binnenkort in een onderraad worden besproken.

Sport:

- Een groep sportscholen heeft een kort geding aangespannen waarin zij aanvechten dat zij in principe tot 1 september gesloten moeten blijven.
- De branche komt deze week met voorbereiding voor het OMT.
- Deze week zijn er weer gesprekken met de KNVB.
- Daarnaast speelt het vraagstuk rondom sportkantines en het wel/niet open kunnen in verhouding tot de horeca.
- Met de VNG en BZK zijn er tevens gesprekken over de financiële consequenties van COVID-19.

PG:

- Gaan met VNG is gesprek over de extra kosten gemaakt door de GGD'en. Vraag is hoe deze het beste gedekt kunnen worden.

b. Terugkoppeling BR/BWP

- In de PBR is besproken dat er scenario's worden uitgewerkt voor hoe straks te werken in het pand, hoewel nog niet duidelijk is wanneer dat weer mogelijk is.
- In de BRBV is over over- en onderbelasting van mensen gesproken.

2. Beleid
Preventie in de contourennota:
- Aan bewindspersonen is voorgelegd hoe zij om willen gaan met vervolg van de contourennota.
- De wil en aanleiding om met het traject verder te gaan zijn er nog, maar de planning zal worden aangepast en er wordt een duidelijke relatie gelegd met de aangepaste VTV (die kijkt naar de effecten corona).
- Het 2 wekelijkse agendapunt op dit MT kan voorlopig van de agenda.

Kennisplatform preventie
PG en DVGP vragen zich af of de agenda niet te integraal wordt?
Afgesproken wordt dat er nog een aantal weken wordt genomen om verder uit te werken en af te stemmen.

Rapportenoverzicht RIVM
Geen bijzonderheden.

3. Collegiale toetsing
-

4. Sluiting
-

287496

Addendum Kwaliteitseisen

In het weekend van **21 maart** vraagt VWS twee arbeidshygiënisten/toxicologen (waarvan één van het Erasmus MC) om mee te kijken op de kwaliteit van mondmaskers (FFP) die op dat moment binnenkomen in Nederland. Vanaf dat moment voeren zij een visuele inspectie uit op de mondmaskers, in het centraal distributiecentrum (indertijd Bergambacht). Het RIVM is betrokken voor de beoordeling van de documentatie (certificaten en testresultaten). Er wordt gelijk een beoordelingsdocument voor KN95 en N95 maskers opgesteld.

Na signalen van een ziekenhuis blijkt in de week daarop dat een partij maskers niet aan de gestelde eisen voor mondmaskers voldoet. Maandag **30 maart** wordt in ministerstaf besloten tot een recall van een partij mondmaskers die op zaterdag 21 maart deels is uitgeleverd.

In de week van **22 maart** wordt gezocht naar bedrijven die maskers kunnen testen. Deze zijn in Nederland weinig aanwezig. Deze week is ook Inspectie SZW betrokken bij het opstellen van een beoordelingsprotocol. In de volgende weken wordt er regelmatig contact gehouden met de inspectie SZW over alle ontwikkelingen.

24 maart wordt brief verstuurd vanuit (10)(2e) dat Chinese norm KN95 gelijkwaardig is aan Europese FFP.

Vrijdag **27 maart** wordt besloten dat een fit-test en filtertest nodig zijn op locatie. Filtertest wordt uitgevoerd door het bedrijf Kalibra, fit-test via een Portacount van RIVM. Er wordt besloten dit te laten uitvoeren door Kalibra/RIVM omdat alle geleverde partijen en ook alle batches worden getest. Bij notified bodies als BSI is hier onvoldoende capaciteit voor om dit op grote schaal te doen.

In **april** schaalt het kwaliteitsteam in het centraal distributiecentrum op met meerdere arbeidshygiënisten. Er worden meerdere kwaliteitstesten toegevoegd: een waterkolomtest (vanaf **1 mei** vervangen door een verbeterde versie, namelijk een spattest) voor waterbestendigheid van chirurgische maskers en isolatiejassen, isolatieschorten en een infrarood test voor handschoenen.

Vrijdag **27 maart** wordt ook LCH gevraagd om een contactpersoon voor ISZW en contactpersoon voor het borgen van kwaliteit. Vanaf **14 april** is een emeritus hoogleraar en oud-directeur Kwaliteit van een Universitair Ziekenhuis hiervoor aangewezen.

Eind maart- begin april worden aan groot aantal mondmaskers (FFP) die zijn afgekeurd vanwege een slecht filter uitgeleverd aan een aantal specifieke zorginstellingen in de langdurige zorg. De partijen worden op de hoogte gestel van de slechtere kwaliteit en gaan hiermee schriftelijk akkoord (iets is beter dan niets).

15 april passage in Kamerbrief dat iSZW de richtlijnen van RIVM hanteert als uitgangspunt voor haar toezichtsbeleid wat betreft persoonlijke beschermingsmiddelen en hergebruik.

Hergebruik

Begin maart wordt RIVM gevraagd onderzoek te doen naar hergebruik van mondmaskers (FFP). Op **16 maart** worden de eerste resultaten hiervan aangeboden aan VWS. In diezelfde week wordt een vervolgonderzoek met meerdere sterilisatiemethoden uitgezet. Hierin worden ook suggesties van het veld meegenomen (Vereniging voor Deskundigen Steriele Medische Hulpmiddelen).

Begin april rondt RIVM onderzoek af naar hergebruik (gammastraling) van isolatiejassen. Er is 1 bedrijf in Nederland dat dit kan uitvoeren. Er wordt een proces opgezet om het voor in eerste instantie voor ziekenhuizen (**vanaf 15 april**) mogelijk te maken om hier gebruik van te maken. Andere zorginstellingen kunnen via ziekenhuis hiervan gebruik maken op dit moment.

Richtlijnen/adviezen LCI/RICM

Op **9 maart** is een eerste advies van LCI (RIVM) over het gebruik van FFP maskers aan het OMT gegeven.

Op **19 maart** is er aanvullend advies uitgebracht aan het OMT voor het gebruik van het type mondmaskers, het verlengd gebruik en het hergebruik goedgekeurd. Het advies houdt in dat op basis van de huidige kennis ten aanzien van de transmissieroute van COVID-19 via druppels en (in)direct contact, een chirurgisch mondneusmaker type IIR voldoende bescherming biedt voor gezondheidsmedewerkers die patiënten moeten verzorgen met COVID-19 (WHO, Leidraad-NVMM). Het gebruik moet aansluiten op de taken en functies van de verschillende medewerkers, en is o.a. afhankelijk van of er hoogrisicohandelingen worden verricht.

21 april zijn normen over gepast gebruik van beschermende kleding (jassen/schorten), **30 april** gepast gebruik brillen en handschoenen isolatiejassen **23 april** vanuit LCI (RIVM).

Verslag crisisoverleg Corona – Caribisch Nederland

Datum en tijd: 30-04, 15:45 – 16:30

Aanwezig: Staatssecretaris, (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Afwezig: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)

Verslag en actielijst vorig overleg

- 4-landenoverleg hoeft niet naar de maandag te worden verplaatst, er wordt een nieuwe reeks verzonden.
- Het is nog niet duidelijk of er beleidsconsequenties verbonden kunnen worden aan de overlijdensgevallen op SXM.
- Er worden door Curaçao inspanningen verricht om de IC-bedden in SEHOS te plaatsen.

Beeld

- Op SXM is een nieuwe besmetting, op de andere (ei)landen geen nieuwe besmettingen of IC-opnames gemeld.
- Afgelopen weekend is het AMI medisch personeel weer vertrokken van Curaçao en Aruba toen bleek dat een verpleegkundige besmet was met het coronavirus en een deel van het personeel zich niet aan de strikte social distancing regels van Curaçao hield.
- BZK krijgt vragen van (ex-)zorgmedewerkers (Nederlanders) op de (ei)landen of zij kunnen helpen.

Oordeelsvorming

- Als de (ei)landen weer open gaan zal er vroeg of laat weer een opleving komen van het virus. Nu zijn echter wel goede voorbereidingen getroffen ihkv IC-capaciteit, in tegenstelling tot een aantal weken geleden.

- Op dit moment worden de voorbereidingen getroffen om weer teams te sturen naar Aruba en Curaçao met enige aanpassingen, er wordt gekoerst op het sturen van teams dit weekend. AMI en Aruba geven aan dat deze voorbereidingen goed verlopen.
- Het grootste deel van het team dat eerder al op Aruba was gaat daar naartoe terug, voor Curaçao wordt opnieuw geworven. De twee leidinggevenden die al op Curaçao zijn geweest gaan daar naartoe terug vanwege de nuttige ervaring en het netwerk dat ze daar al hebben opgedaan.
- De kosten voor repatriëring worden gedragen door AMI.

- In het OMT-advies staan een aantal korte-termijn-acties, deze worden woensdag a.s. besproken in het vier-landen-overleg.
- Andere zaken uit het OMT-advies behoeven nog meer uitwerking (track and tracing, testcapaciteit, capaciteit voor leveren van acute zorg, etc). Dit is een voorwaarde voordat de (ei)landen weer open kunnen voor toeristen. Hier wordt morgen over gesproken in de RMR, en komt in de RMR van over twee weken weer terug.

Besluiten

- ZJCN mailt de staatssecretaris en de ministers over de inspanningen rondom het AMI-personeel.
- Het OMT-advies wordt verzonden met de volgende brief aan de TK over de aanpak van COVID-19, met in de brief een procestekst.
- ZJCN komt in het volgende overleg terug op een postbusadres waar vragen en meldingen van bijvoorbeeld (ex-)zorgmedewerkers terecht kunnen.

Directeurenoverleg vervolg vliegmaatregelen | 6 mei 2020 | 15.00-16.00 uur | via webex

Deelnemers:

- (10)(2e) (10)(2e) IenW
- (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) VWS
- (10)(2e) (10)(2e) NCTV
- (10)(2e) (10)(2e) BZ

Doel

Opties bespreken voor het vervolg van de huidige vliegmaatregelen voor hoog-risicolanden zodra het EU Schengen inreisverbod verloopt. Het huidige verbod loopt tot 15 mei, de verwachting (van BZ) is dat deze maatregel opnieuw verlengd gaat worden.

Aanleiding

Op 16 april is een aanwijzing uitgegaan aan de vijf voorzitters van veiligheidsregio's met een aangewezen luchthaven. In deze aanwijzing staan aanvullende vliegmaatregelen voor inkomend vliegverkeer, met als doel de instroom van passagiers die mogelijk COVID-19 bij zich dragen in Nederland zoveel mogelijk te beperken èn mogelijke verspreiding van COVID-19 te voorkomen

De aanvullende maatregelen voor inkomend vliegverkeer bestaan uit de invoering van een verplichte gezondheidsverklaring voor reizigers afkomstig uit hoog-risicogebieden en voor de door de overheid georganiseerde repatriëringsvluchten. Als uit de gezondheidsverklaring blijkt dat de passagiers klachten hebben die passen bij COVID-19 zal hen door de luchtvaartmaatschappijen de toegang tot de vlucht worden ontzegd. Daarnaast worden reizigers door luchtvaartmaatschappijen geïnformeerd over geldende maatregelen in NL en krijgen het advies om 14 dagen in thuisquarantaine te gaan.

Voor de definitie van hoog-risicogebieden is aangesloten op de lijst van gebieden die het Europees Luchtvaartagentschap (EASA) bijhoudt. Daarbij is ook aangegeven dat in overleg met het RIVM bekeken wordt welke aanvullingen er op de lijst nodig zijn. De lijst van EASA wordt periodiek geactualiseerd.

Het RIVM heeft contact gehad met EASA over hoe de lijst wordt samengesteld. Daarnaast is op de formele uitvraag van EASA vanuit NL de gewenste uitbreiding van de hoog-risicolanden ingebracht - conform eerder OMT-advies om meeste landen buiten EU zonder een goed surveillance systeem ook als hoog-risicoland te beschouwen. Het gaat hierbij om landen in Midden- en Zuid-Amerika, Afrika en delen van Centraal- en Oost-Azië.

Dilemma's

- Hoewel de EASA lijst al is uitgebreid en dus verbeterd, ligt het niet in de lijn der verwachting dat landen met beperkte surveillance als hoog-risicoland zullen worden toegevoegd. Hoewel net een werkgroep is gestart met de EC om meer uniformiteit in de procedures te krijgen, wordt EASA beperkt door hun mandaat en positie in de industrie, waardoor ze moeilijk kunnen adviseren over landen en gebieden waar datacollectie beperkt is. Ook ECDC kan niet adviseren op politieke gevoelige onderwerpen als deze.
- Aangezien het om regio's buiten EU/Schengen gaat, zal dat in de praktijk een groot verschil t.o.v. huidig beleid gaan betekenen zodra het EU Schengen inreisverbod verloopt (voorlopig 15 mei).
- Er is een groot verschil in beleid in omringende landen; sommige landen hanteren strenge vluchtrestricties/ inreisverboden, andere landen hanteren het 14 dagen zelf-quarantaine beleid voor alle inkomende reizigers [bijlage ICAO-overzicht]. De EASA-lijst wordt breed gebruikt voor desinfectie van vliegtuigen maar niet voor volksgezondheidsmaatregelen zoals de gezondheidsverklaring of quarantaine.

- Vliegbewegingen nemen mogelijk toe (zeker na het verlopen van het Schengen-verbod), maar het is lastig in te schatten met welke aantallen er rekening moet worden gehouden. Het is onzeker wat de invloed is van de overige nationale maatregelen die getroffen zijn in de betreffende landen, zoals bv. negatieve reisadviezen.
- Er is een afweging nodig tussen het verwachte gezondheidseffect, economische effect en diplomatieke effect. Bij de afweging moet ook rekening worden gehouden met de invloed van andere mogelijke reisbewegingen buiten de luchtvaart om.

Opties voor het vervolg van vliegmaatregelen na het verlopen van de Schengen-ban

1. Nederland hanteert voor buiten de EU een eigen 'positief' lijst met landen die een goede surveillance hebben en laag-risicoland zijn gezien de transmissie (denk aan bv Australië, Canada, Japan, etc.). Alle overige landen buiten de EU zijn daarmee hoog-risicoland waarvoor de huidige maatregelen ook zullen gaan gelden.

   Voordeel:
   - Sluit aan bij OMT advies; vanuit het oogpunt van de volksgezondheid wordt het risico op toename van Covid-19 en verspreiding in Nederland door import zoveel mogelijk beperkt.

   Nadelen:
   - Meer operators zullen dan de verplichte gezondheidsverklaring moeten gaan invoeren wat veel administratieve lasten geeft.
   - Diplomatiek gezien is het lastig uit te leggen dat je een eigen lijst hanteert en waarom sommige landen niet op de 'positieve lijst' staan terwijl ze zelf vinden dat ze hier thuishoren.

2. De EASA-lijst blijven hanteren

   Voordeel:
   - Het geeft uniformiteit in de regelgeving rond luchtvaart in deze COVID crisis en is reeds bekend als referentie voor luchtvaartmaatschappijen.

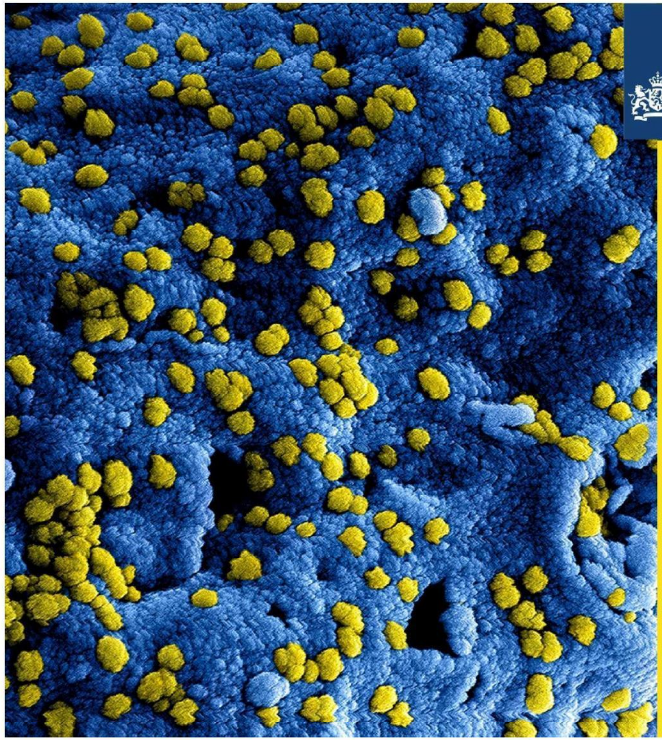
   Nadelen:
   - risico op toename van Covid-19 en verspreiding in Nederland door import, terwijl we hier juist nationale maatregelen treffen om transmissie onder controle te houden, in het geval pandemische verspreiding aanhoudt en we geen extra maatregelen treffen voor vliegverkeer uit hoog-risicolanden die niet op de EASA lijst staan.
   - Verschil in maatregelen voor hoog-risicolanden binnen en buiten de EU is niet goed uitlegbaar

3. 14 dagen thuisquarantaine instellen voor alle inkomende reizigers; en de gezondheidsverklaring daarnaast alleen behouden voor landen op de EASA-lijst

   Voordelen:
   - Goede maatregel om zeker te weten dat iemand die besmet is thuis blijft – in lijn met ontwikkeling van nationaal beleid met een strengere bron- en contactopsporing en het hele gezin in quarantaine gaat als een gezinslid positief test.
   - Wordt reeds toegepast in verschillende omringende landen
   - Diplomatiek beter uit te leggen dat voor alle landen dezelfde maatregelen gelden
   - Beperktere administratieve last voor luchtvaartmaatschappijen (alleen informatie verstrekken over geldende maatregelen in NL en advies thuisquarantaine)

Nadelen:

- Een vorm van controle of handhaving is (in ieder geval voorlopig gezien de pandemische verspreiding) niet mogelijk, het gaat om een dringend advies.
- De gezondheidsverklaring - die nog altijd nuttig is ter bescherming van het luchtvaartpersoneel - wordt niet uniform ingezet voor alle hoog-risicolanden
- Nederland wordt als land minder interessant voor reizigers omdat iedereen eerst 14 dagen in quarantaine moet (bijv. zakenreizen, congressen). Dit schaadt mogelijk de economie. Tot welk moment wil je dit inzetten?
- Verschillend gebruik van gezondheidsverklaringen is mogelijk lastig uit te leggen in communicatie



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

COVID-19

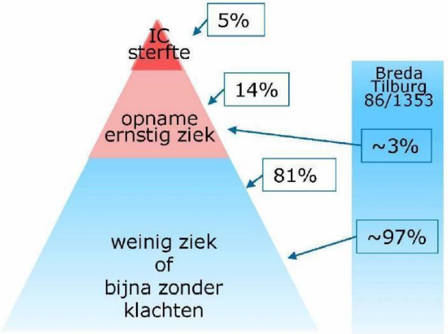
Technische briefing Tweede Kamer 7 mei 2020

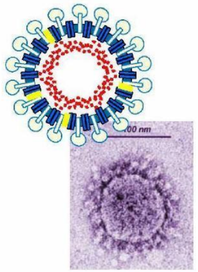
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

COVID-19 | overzicht

- Wat is het:
  - novel Coronavirus-Infected Pneumonia
- De symptomen:
  - incubatietijd: 6 dg (range 2-12 dg)
  - neusverkoudheid, hoesten en griepachtig ziektebeeld ± koorts
  - shocklong ('ARDS') - thrombose
- De oorzaak:
  - nieuw Coronavirus (2019-nCoV)
- Hoe verspreidt het virus:
  - druppel en contact; aërosol-genererende procedures op IC
  - verspreiding door pre-symptomatisch en symptomatisch contact
  - R0~2.3; verdubbelingstijd ~5-7 dg; generatietijd ~3-5 dg

- Preventie en behandeling:
  - handen wassen!!!
  - hygiënische maatregelen gericht tegen contact- en druppelinfectie (~1.5 m)
  - handalcohol | ziekenhuis: isolatie kamer, cohortering, oogbescherming

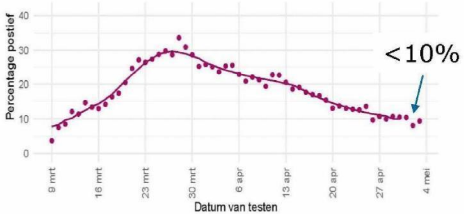




COVID-19 | NL
6 mei 2020 – monitoring

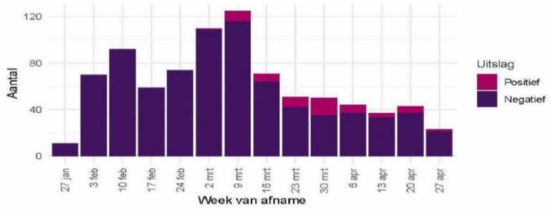
In **Osiris** 41.319 patiënten, waarvan
- 11.153 (27%) opgenomen in het ziekenhuis, waarvan momenteel 577 op de IC-afdelingen
- totaal aantal overleden patiënten 5.204

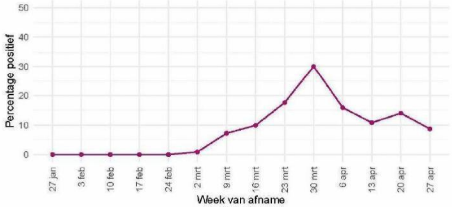
Virologische **dagstaten**:
- 243.277 monsters waarvan 43.853 (18%) positief



NIVEL/RIVM **huisartsen peilstations**:
sinds 4 februari: 863 patiënten getest
waarvan 62 positief (7,2%)

patiënten met acute respiratoire infectie getest op SARSCoV-2



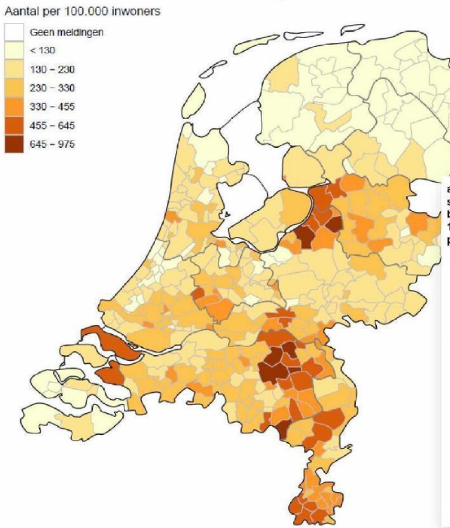


287502

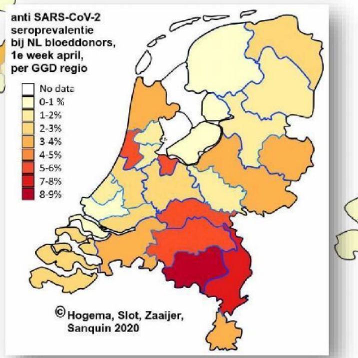
COVID-19 | NL

6 mei 2020 – spreiding over Nederland

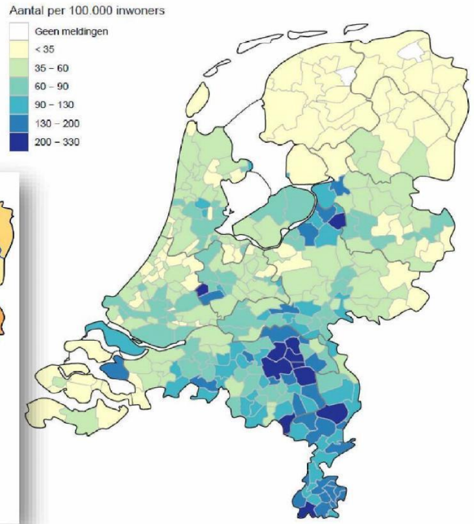
Gemelde patiënten



sero-positieve patiënten



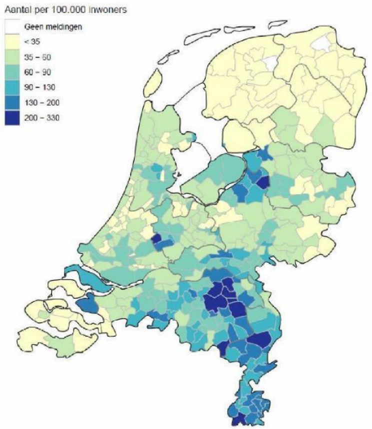
Opgenomen patiënten

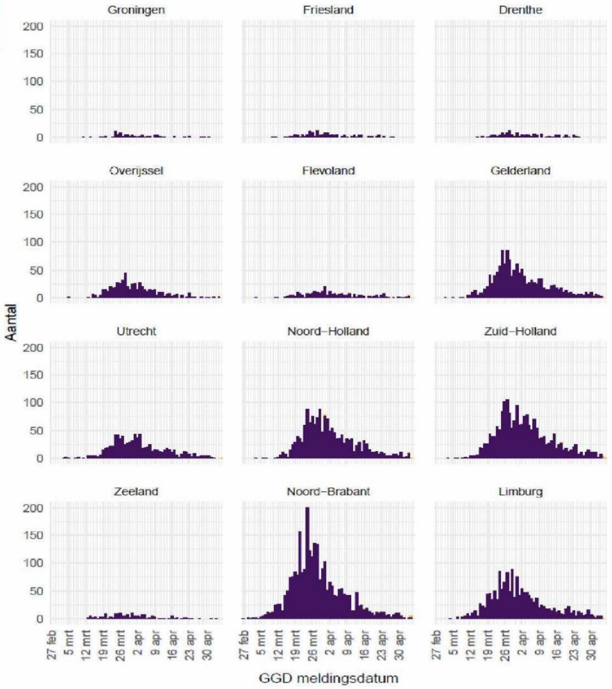


COVID-19 | NL

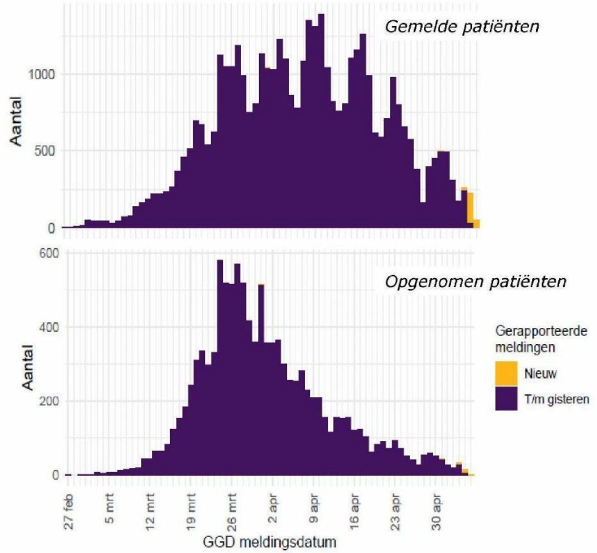
6 mei 2020 – opnames per provincie

Opgenomen patiënten

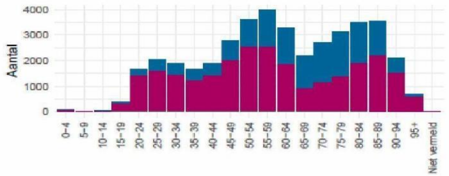




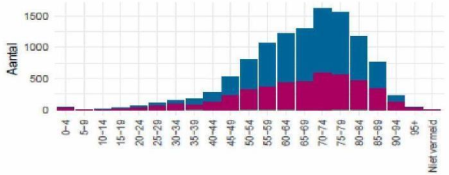
COVID-19 | NL
6 mei 2020 – achtergrondinformatie



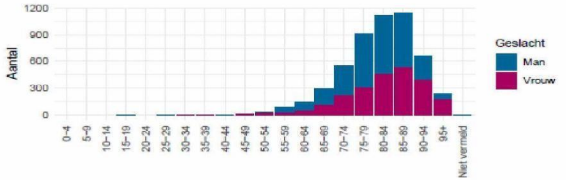
Leeftijdsverdeling en man-vrouwverdeling van bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten



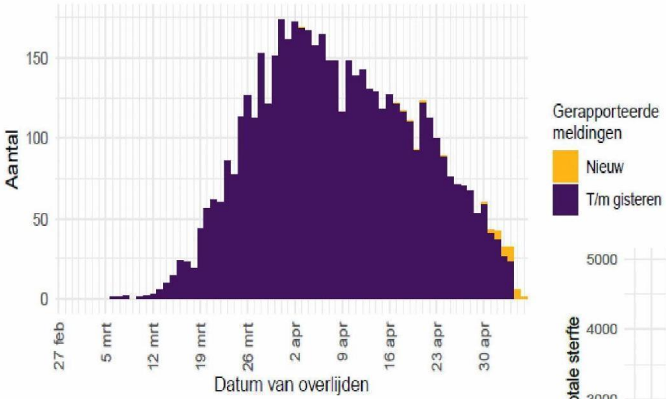
Leeftijdsverdeling en man-vrouwverdeling van bij de GGD'en gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten

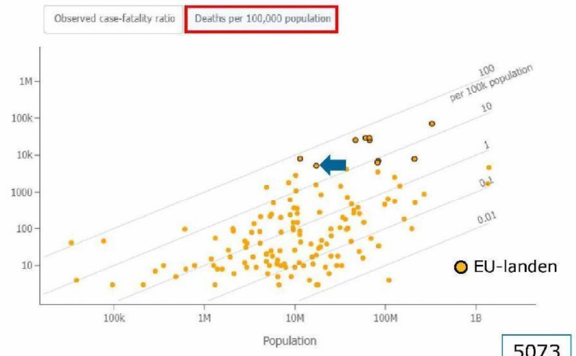


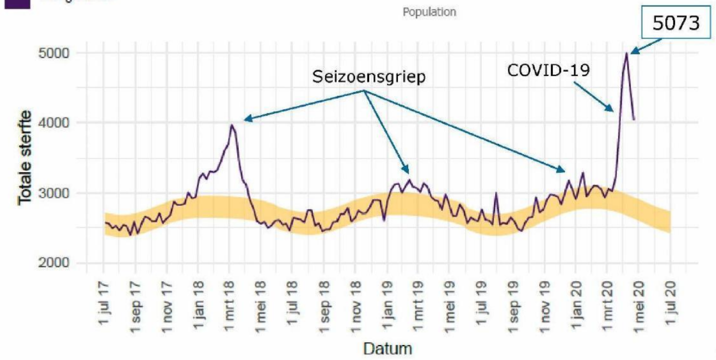
Leeftijdsverdeling en man-vrouwverdeling van bij de GGD'en gemelde overleden COVID-19 patiënten



COVID-19 | NL
6 mei 2020 – overleden



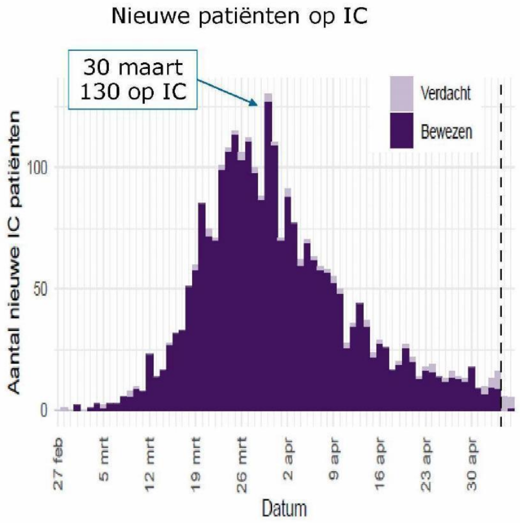


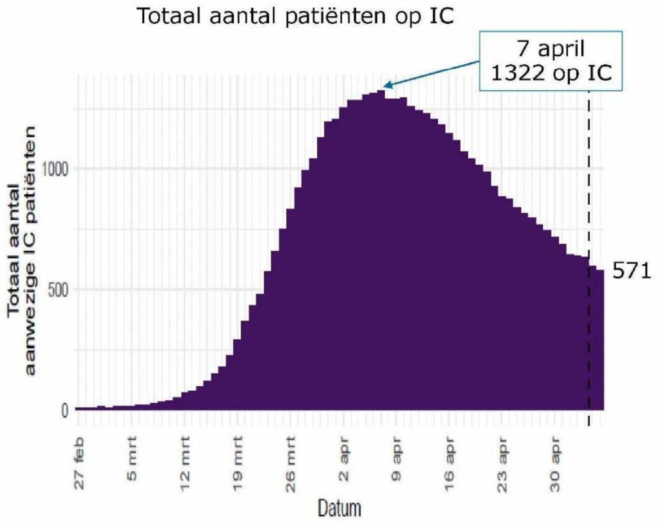


Tot deze week:
totaal aantal overleden patiënten 5.204

287502

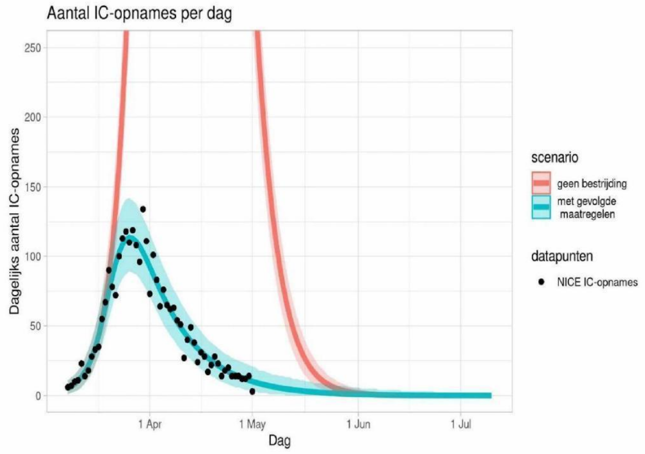
COVID-19 | NL
6 mei 2020 – IC opnames

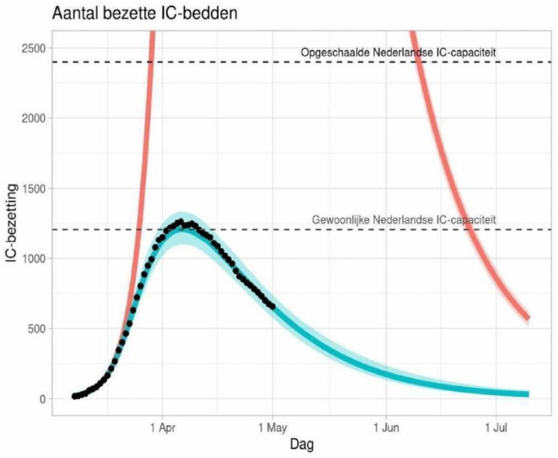




Nieuwe IC-opnames
door patiënten met COVID-19 – 4 mei 2020

gegevens in figuur niet gecorrigeerd
voor rapportagevertraging

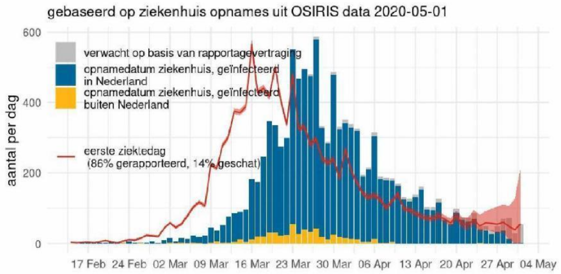


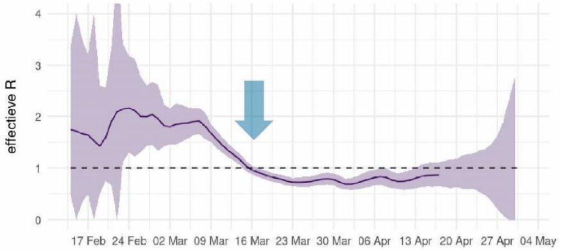


Zonder de genomen maatregelen zouden – naar schatting – **23.354** extra IC-opnames en **92.015** extra ziekenhuisopnames nodig zijn geweest
(o.b.v. berekeningen t/m 16 april)

287502

Indicator transmissie
reproductiegetal – Nederland





OSIRIS

- **Blauw**: aantal meldingen ziekenhuisopname naar opnamedatum
- **Grijs**: verwachte meldingen (correctie voor rapportagevertraging)
- **Rood**: aantal ziekenhuisopnames naar eerste ziektedag

Data meer recent dan 17 April onzeker

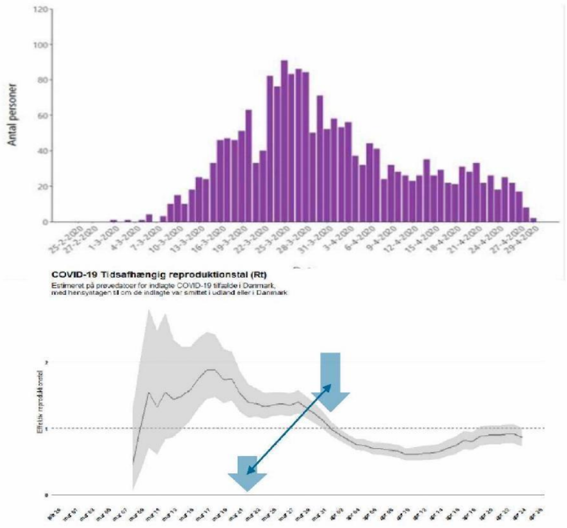
- **Paars**: reproductiegetal, aantal secundaire besmettingen per geval
  - reflecteert toename en afname van de rode epicurve
  - berekend vlgs Wallinga & Lipsitch *Proc R Soc B* 2007
- Ro door 1 op 16 maart

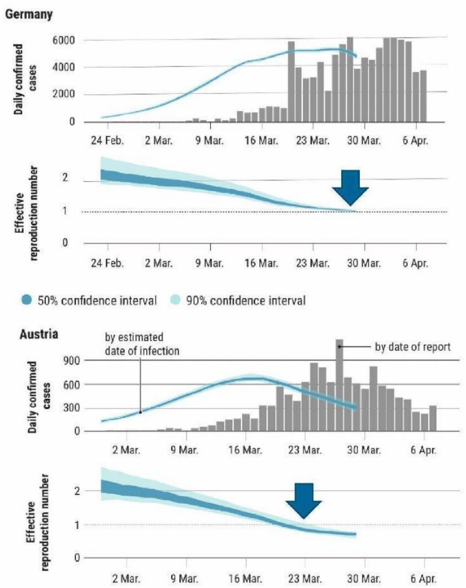
Schattingen meer recent dan 17 April onzeker

287502

Indicator transmissie

reproductiegetal – EU

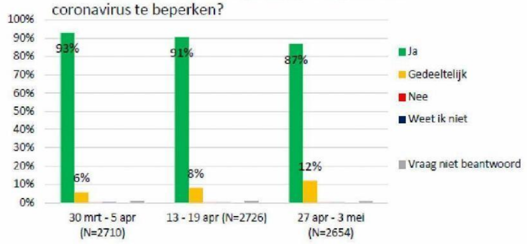




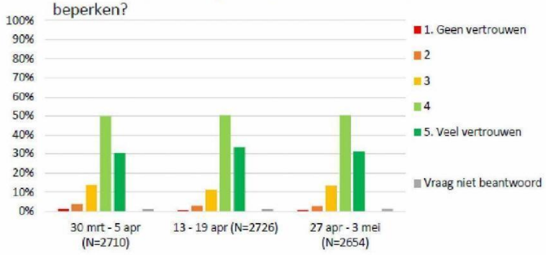
Onderzoek NIVEL en RIVM
publieke beleving van en reactie op COVID-19

- Vertrouwen maatregelen groot.
- Moeite om zich aan richtlijnen/maatregelen te houden neemt toe.

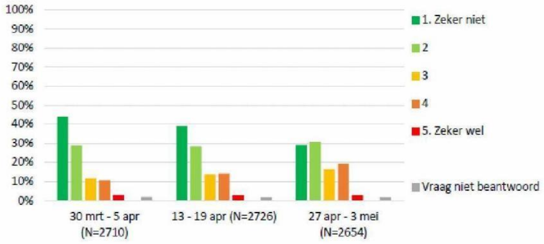
Houdt u zich aan de richtlijnen die worden geadviseerd door de overheid om verdere verspreiding van het nieuwe coronavirus te beperken?



Hoeveel vertrouwen heeft u in de maatregelen die de overheid neemt om verdere verspreiding van het nieuwe coronavirus te beperken?



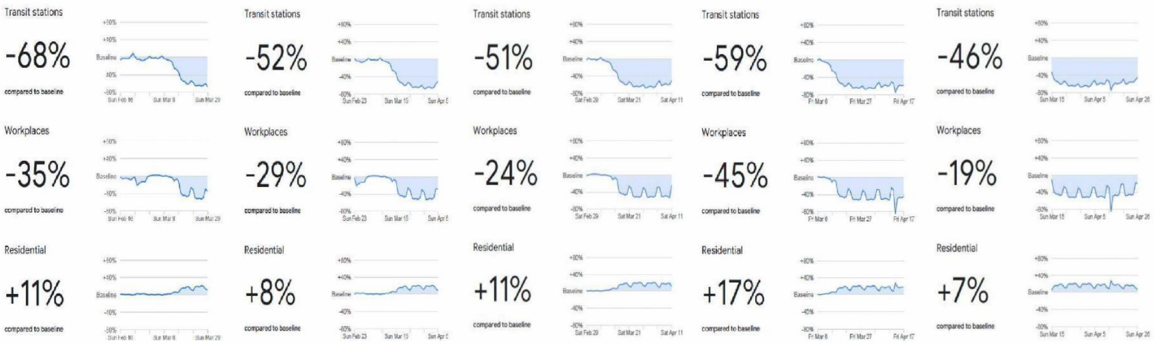
Ik vind het moeilijk om mij te houden aan de geadviseerde maatregelen



287502

Indicator gedrag
Google mobility report NL

29-3-2020 | 5-4-2020 | 11-4-2020 | 17-4-2020 | 26-4-2020



← dalende trend in opvolgen van maatregelen →

287502

Gedragsonderzoek
RIVM en GGD'en (90.000 deelnemers)

- 1,5 m maatschappij lastige opgave
- Geen probleem met naleven:
  - geen handen schudden (99,5%)
  - elleboog niezen (75%)
  - papieren zakdoekjes (73%)
- Moeilijker na te leven:
  - handen wassen (42%)
  - 1,5 afstand houden (ca. 1/3 á 2/3, afhankelijk van setting)
- Lastigste opgaven lange termijn:
  - thuis blijven
  - 1,5 meter afstand houden
  - niet op bezoek bij 70+

- Welzijn:
  - een derde is meer angstig, somber, gestrest en eenzaam
  - 20% heeft meer slaapproblemen
- Leefstijl:
  - 73% zelfde eetpatroon
  - 53% beweegt (veel) minder
  - 28% rookt meer, 12% rookt minder

- 90% zou het (heel) erg vinden het virus door te geven aan een ander

Mondneusmaskers

Medische mondneusmaskers zijn medische hulpmiddelen



Chirurgisch mondneusmasker

Doel

1. Voorkomen van besmetting van drager
2. Voorkomen van besmetting van anderen

Werking en type masker

1. Medisch masker met voldoende filter: chirurgisch type IIR, FFP1 of FFP2 masker
   > vangt druppels op van buiten naar binnen
2. Overige medisch masker: chirurgisch masker type II
   > vangt druppels op van binnen naar buiten

vele andere **niet-medische mondneusmaskers**



Ademhalings-beschermingsmasker FFP2

Niet-medische mondneusmaskers – OMT

- Literatuur over effect niet-medische mondneusmaskers in openbare ruimte niet eenduidig.
- Beschermen drager in zeer beperkte mate.
  - Sterk afhankelijk van kwaliteit van materialen, mate waarin masker aansluit op gezicht en draag-comfort
- Dragen mogelijk enigszins bij aan beperken verspreiding in openbare ruimten, waar 1,5m afstand houden en triage/ gezondheidscheck niet altijd mogelijk zijn.
- Door beperkte bescherming niet geschikt als vervanging van:
  - 'social distancing'
  - hygiënemaatregelen
  - (thuis)isolatie patiënten met klachten.



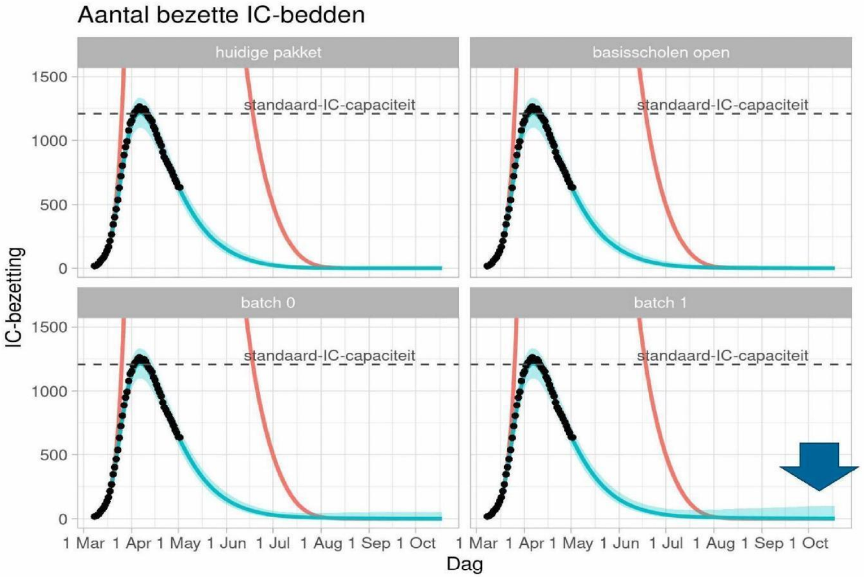
287502

Niet-medische mondneusmaskers – EU

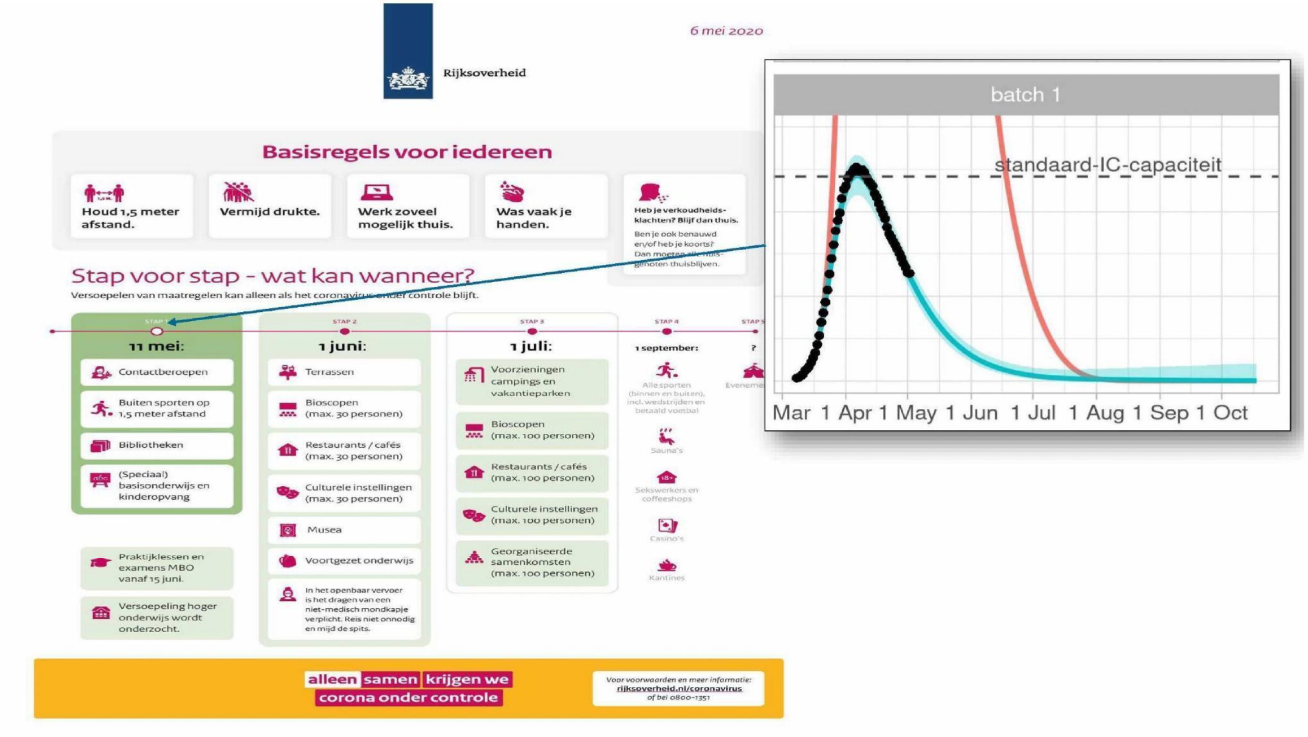
- Landen reserveren **medische maskers voor de zorg**!
- Wat vindt Europa:
  - Wetenschappelijk bewijs ontbreekt voor stelling dat gebruik niet-medische mondneus maskers in openbare ruimte besmetting voorkomt (*cf* WHO/ECDC):
    - België, Denemarken, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Spanje, VK, Zweden, Zwitserland, Duitsland
  - Landen die gebruik verplichten noch aanraden
    - Denemarken, VK, Zweden en Zwitserland
  - Landen die gebruik verplichten in OV en soms daar waar 1,5 m niet mogelijk is:
    - België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Oostenrijk, Spanje

287502

Versoepelen maatregelen
vergroten publieke ruimte - simulaties



Monitoren
- ziekenhuisopnames
- IC-opnames
- reproductiegetal Ro
- Google mobility
- aantal zieken (testen)
  - OSIRIS
  - NIVEL/RIVM
  - virologische dagstaten
  - verpleeghuizen


6 mei 2020
Rijksoverheid
Basisregels voor iedereen
Houd 1,5 meter afstand.
Vermijd drukte.
Werk zoveel mogelijk thuis.
Was vaak je handen.
Heb je verkoudheids-klachten? Blijf dan thuis.
Stap voor stap - wat kan wanneer?
Versoepelen van maatregelen kan alleen als het coronavirus onder controle blijft.
11 mei:
Contactberoepen
Buiten sporten op 1,5 meter afstand
Bibliotheken
(Speciaal) basisonderwijs en kinderopvang
Praktijklessen en examens MBO vanaf 15 juni.
Versoepeling hoger onderwijs wordt onderzocht.
1 juni:
Terrassen
Bioscopen (max. 30 personen)
Restaurants / cafés (max. 30 personen)
Culturele instellingen (max. 30 personen)
Musea
Voortgezet onderwijs
1 juli:
Voorzieningen campings en vakantieparken
Bioscopen (max. 100 personen)
Restaurants / cafés (max. 100 personen)
Culturele instellingen (max. 100 personen)
Georganiseerde samenkomsten (max. 100 personen)
1 september:
alleen samen krijgen we corona onder controle
batch 1
standaard-IC-capaciteit
Mar 1
Apr 1
May 1
Jun 1
Jul 1
Aug 1
Sep 1
Oct

287502

Samen doorzetten
wat moeten we doen?

Voor iedereen blijft gelden:
- Was vaak uw handen.
- Hoest en nies in de binnenkant van uw elleboog.
- Gebruik papieren zakdoekjes om uw neus te snuiten en gooi deze dan weg.
- Schud geen handen.
- Houd 1,5 meter afstand (2 armlengtes) van anderen.
- Werk zoveel mogelijk thuis.

Bent u ziek?
- Blijf thuis bij verkoudheidsklachten, zoals neusverkoudheid, loopneus, niezen, keelpijn, lichte hoest of verhoging tot 38 graden Celsius.
- Heeft u ook koorts en/of benauwdheid? Dan blijven ook huisgenoten thuis.

Bent u 70 jaar of ouder of heeft u een kwetsbare gezondheid?
Wees extra voorzichtig. Het kan verstandig zijn om voorlopig nog zoveel mogelijk thuis te blijven.

Vermijd drukte en geef elkaar de ruimte
Zorg dat u altijd op 1,5 meter afstand van anderen kunt blijven. Is dat niet mogelijk, ga dan ergens anders heen.

287502

Aanpassingen testbeleid
(6 mei)

- Regie bij GGD.
- Effect volgen van versoepelen maatregelen.
- Doelgroepen toegevoegd:
  - Medewerkers basisonderwijs, speciaal (basis)onderwijs, (medisch) kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang en gastouders die beroepsmatig in aanraking komen met groepen kinderen.
  - Personen die beroepsmatig betrokken zijn bij vervoer van groepen kinderen van en naar basisonderwijs, (speciaal) basisonderwijs en kinderopvang.
  - Jeugdtrainers die beroepsmatig in aanraking komen met groepen kinderen.
  - Kinderen (0 t/m 12 jaar) wanneer klachten passend bij COVID-19 bij 3 of meer kinderen in een groep.
    - Natuurlijk na toestemming en overleg met ouders.

287502

Bron- en contactonderzoek

- Belangrijk in nieuwe fase
  - Meer kans op verspreiding → nieuwe patiënten en contacten opsporen.
  - Nieuwe uitbraak voorkomen.

- Richt zich vanaf nu op opsporen contacten tot 2 dagen voor aanvang klachten.
  - Bij rapportage eerste ziektedag in praktijk niet altijd duidelijk of daarvoor helemaal geen klachten of wel al milde symptomen.
  - Vroeg symptomatische klachten moeilijker te herkennen → mensen blijven dan mogelijk nog niet thuis, dus kans op verspreiding.

Bezoekregeling verpleeghuizen

- OMT 20 april:
  - bezoekregeling nog niet aanpassen want dit vergroot kans op besmetting bewoners en op introductie en verspreiding virus in verpleeghuizen
- OMT 4 mei:
  - Voorstel gefaseerde en gecontroleerde versoepeling bezoekregeling besproken
  - In voorstel worden risico's afgewogen tegen belang van het kunnen ontvangen bezoek
  - OMT stelt dat versoepeling bezoekregeling onvermijdelijk risico oplevert maar dat het voorstel weloverwogen is en de aanpak risico's minimaliseert
  - OMT veronderstelt dat voordelen opwegen tegen risico's en steunt het plan met enkele kanttekeningen (zoals ook verwoord in bijlage Verenso).

Vergroten publieke ruimte

Batch 0

- Sectoren die zelf kunnen heropenen, of die door veiligheidsregio's kunnen worden heropend:
  - winkels
  - markten
  - dierentuinen, pretparken, natuurparken
  - vakantieparken (eigen toilet, badkamer)
  - buitenzwembaden
  - rechtspraak

- → OMT acht risico beheersbaar

Batch 1

- Sectoren met locale impact:
  - non-contact sporten
  - contactberoepen
  - bibliotheken

- → OMT acht risico beheersbaar

287505

Week van 20 April - 1 Mei 2020

DMO

weekbericht

Parlementair

DMO-204333, brief inzake RVS advies en financiële impuls aanpak dak- en thuisloosheid, verzonden d.d. 22 april 2020

DMO-204334, Regionale opgaven en contouren plan van aanpak dak- en thuisloosheid; verzonden d.d. 28 april 2020

Z-204382, brief en Samenvattend rapport Zvw 2019, verzonden d.d. 28 april 2020

CZ-203837, Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake SO Noodplan ggz, verzonden d.d. 1 mei 2020

J-200022, Beleidsreactie slachtoffermonitor seksueel geweld tegen kinderen 2017-2018; verzonden d.d. 24 april 2020

PG-204449, COVID-19: Update stand van zaken; verzonden d.d. 21 april 2020
Bijlagen: advies nav 65[e] OMT; COVID-9 en vaccinatie tegen pheumokokken; Bijlage projecten first wave COVID-19 programma; Gelopen proces tav tracking en tracing apps

Cie-brieven

Kamervragen

GMT-203476, antwoorden op de vragen van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het bericht dat Costa Rica de WHO oproept een internationale pool op te richten voor intellectueel eigendom inzake COVID-19 (2020Z05783),
Verzonden d.d. 24 april 2020

PG-203918, Beantwoording Kamervragen over de RIVM-presentatie over de verschillende corona-scenario's
Verzonden d.d. 22 april 2020

PG-203801, Beantwoording Kamervragen over COVID-19 en de bestrijding ervan; verzonden d.d. 21 april 2020
Bijlage: brief RIVM advies nav OMT COVID-19 Wuhan dd 27-1-2020; Bijlage: RIVM advies nav OMT COVID-19 dd 28-2-2020

PG-203799, Beantwoording Kamervragen over de coronacrisis; verzonden d.d. 21 april 2020

Z-203819, : Beantwoording Kamervragen over de financiering van zorgkosten tijdens de coronapandemie
Verzonden d.d. 21 april 2020

Parlementaire Agenda

Uitgesteld: DMO: AO Maatschappelijke opvang (convocatie)

Uitgesteld: DMO: Debat Taskforce Wonen/Zorg,

Uitgesteld: DMO/Jeugd: AO Kindermishandeling/huiselijk geweld, 3[e] herziene convocatie ; TK, Minister VWS; Minister RB

Uitgesteld: PPGB: AO PGB

Uitgesteld: LZ/DMO: AO Gehandicaptenbeleid (2[e] herziene convocatie); Tweede Kamer; Min VWS; Stas SZW

Uitgesteld: DMO: AO Langer Thuis (5e herziene convocatie); Donderdag 16 april 2020, 10.00 tot 16.00 uur; Tweede Kamer; Minister VWS

287505

Week van 20 April - 1 Mei 2020

Representatie Ministers/Staatssecretaris
Representatielijsten week 26 maart : Minister De Jonge, Staatssecretaris Blokhuis

Terugkoppeling/informatie overig
BPZ Bulletin nr. 29 en bijlage organogram
Marjolein Upgrade **Heb je tijd? Rond je werkvoorraad af in Marjolein !!** Voor sommigen is het in deze tijd extra druk. Voor anderen misschien juist wat minder. Mocht je tijd hebben, denk dan aan het afronden van jouw werkvoorraad in Marjolein. Marjolein wordt straks vervangen en om het echt 'uit' te kunnen zetten, moet alle informatie overgezet zijn naar het nieuwe Marjolein. Het is van belang dat je werkvoorraad is afgerond, omdat alleen afgeronde werkvoorraad overgezet kan worden naar het nieuwe Marjolein! Lees meer ... **https://www.vwsnet.nl/blog/view/49150783/heb-je-tijd-rond-je-werkvoorraad-af-in-marjolein**

Specifieke vragen van verzekeraars per mail

VGZ/ (10)(2e) (10)(2e)
Ik begreep uit het gesprek dat het perspectief van de taskforce primair ligt op coronatesten in de context van de openbare gezondheidzorg en daarmee focust op het testen van zorgpersoneel. Door de GGD of door onderaannemers van de GGD. Feitelijk is het vooral daar over gegaan en het is duidelijk dat dat geen zvw zorg is. Echter, mij is nog niet 100% duidelijk hoe het loopt met coronatesten voor:

- Inwoners van instellingen (ggz/wlz).
- Burgers die aan klachten hebben en tóch door een huisarts worden doorgestuurd voor een test, nu en in de toekomst.

Voor de eerste groep geldt denk ik dat dit ofwel door de GGD wordt gecoördineerd (dan ogz) ofwel door de verpleeghuisarts/eigen huisarts. Is in dat tweede geval niet toch de zvw (of wlz) de bekostigingsstroom? Voor de tweede groep is het m.i. toch mogelijk dat huisartsen zelfstandig patiënten insturen naar prikpunten van laboratoria voor deze testen. We horen dat die aanvragen terughoudend worden gedaan en terughoudend worden behandeld, maar ze worden dus gedaan. Dat lijkt me ook zvw.
> ik vraag hier niet naar om flauw te zijn of niet solidair, maar omdat wij moeten en willen nagaan of we die declaratiestromen mogelijk moeten/willen maken, aangezien we niet per se met elk laboratorium dat deze test doet een contract hebben gesloten. Mijn vraag is dan dus: is er inderdaad met alle laboratoria afgesproken dat zij alle coronatesten declareren bij de GGD/ten laste van ogz?

➔ **Reactie VWS: Zie memo dat we voor BO ZN/VWS van 24/4 hebben gemaakt (heeft** (10)(2e) **ontvangen). Test voor inwoners van instellingen wordt inderdaad gefinancierd uit Zvw en Wlz.**
Voor patiënten die getest worden door een huisarts is inmiddels afgesproken dat de kosten van de diagnostiek vergoed worden uit het Openbare Gezondheidszorgbudget. Dat komt dus niet ten laste van de verzekering van de patiënt en hij betaalt geen eigen risico. <u>Wij verzoeken verzekeraars om de Q&A hierover op hun website aan te passen</u> (verschillende verzekeraars melden dat er sprake kan zijn van eigen risico voor laboratoriumonderzoek).

Wij ontvangen heel verschillende berichten over het declaratiegedrag van labs, zoals 2 keer de code 70005, 1 keer code 70005 en 1 keer code 70006. Het lijkt ons goed als een verzoek uitgaat naar de beroepsvereniging van microbiologen (NVMM) om hierover een standpunt in te nemen. Mogelijk is dit al gedaan, maar het is niet besproken in de call vanmorgen.

➔ **Reactie VWS: PM PG**

Serologische testen zijn volgens de experts van het OMT van twijfelachtig nut. Inhoudelijk begrijpen we die gedachtegang volkomen. Echter, de vraag is of zowel de burger als de laboratoria hier terughoudendheid in zullen betrachten als de test er eenmaal is. De Gezondheidsraad is heel kritisch op vitamine D bepalingen, zeker voor bepaalde leeftijdsgroepen. Toch zagen we die aanvraag jaar na jaar toenemen. Huisartsen kunnen hier niet altijd tegenwicht in bieden. Zodra de immuniteitstest gevalideerd is en geïnterpreteerd kan worden zullen labs hem waarschijnlijk in hun arsenaal opnemen. Omdat het een test is die met andere antistoffentests onder één prestatiecode zal vallen, gaat het voor verzekeraars moeilijk worden (mochten we dat willen) hem uit te sluiten van vergoeding (zvw). Ook zal er (meer) commercieel aanbod ontstaan als de vraag maar hoog genoeg is. Kortom: wij begrijpen wel dat er een handelingsperspectief moet zijn, maar om de burger te laten begrijpen zal duidelijk en vroegtijdig gecommuniceerd moeten worden, is daar al een plan voor?

➔ Vanuit de GGD-en vergoeden we hem iig niet, we vergoeden alleen PCR. Zodra we uit de werkgroep serologie begrijpen dat serolotische testen wel nuttig zijn voor individuele

bepaling kan dat veranderen maar vooralsnog is hun advies dat het alleen op groepsniveau nuttig is, ze worden dus ingezet in de surveillance, dat betalen we vanzelfsprekend wel

- ➔ *Serologische testen*
- ➔ Het OMT adviseert sterk in te zetten op serologische surveillance. De taskforce serologie heeft advies gegeven over de strategie rond serologisch testen met de kennis van nu. Dit advies behelst inzet op drie componenten: 1) populatie-brede representatieve studies; 2) specifieke populatiestudies (bijvoorbeeld bij zorgwerkers); en 3) inzet voor individuele patiëntendiagnostiek.
- ➔ Momenteel is het nog onbekend hoe het zit met het verband tussen het hebben van antistoffen na besmetting en de mate en duur van (volledige) bescherming tegen her-infectie. De taskforce serologie adviseert daarom vooralsnog om serologische testen niet toe te passen voor het veilig verklaren van individuen. De taskforce serologie adviseert om in te zetten op vervolgonderzoeken naar de relatie tussen antistoffen en immuniteit. Dit zijn langdurige studies met meerdere meetmomenten. Er wordt internationaal samengewerkt om zo snel mogelijk een goed beeld te krijgen van de rol van de antistoffen.
- ➔ Vrijdag 1 mei jl. zijn testmaterialen Nederland binnengekomen voor ongeveer een miljoen serologische testen. Op advies van het RIVM heb ik mij gericht op een bepaalde serologische test, een zogenaamde ELISA test. Deze hoeveelheid testen is toereikend om per direct in te zetten voor aanvullende diagnostiek bij zieke patiënten als dat nodig is; voor de bevolkingsonderzoeken die nu al lopen; en om gericht onderzoek uit te voeren op het dichten van lacunes in kennis zoals hierboven beschreven. Ik neem het advies van de taskforce over inzet op de verschillende componenten over. De taskforce geeft hier verdere invulling aan.
- ➔ Ondanks dat zowel het RIVM als de IGJ adviseren en waarschuwen voor het gebruik van de serologische sneltesten, zijn er signalen dat deze testen worden verkocht en toegepast. Ik wil benadrukken dat de verkoop van dergelijke corona-sneltesten aan consumenten voor thuisgebruik niet is toegestaan. Vooral omdat de uitslag bij individuele personen kan zorgen voor schijnveiligheid wat gevaarlijk kan zijn zowel voor de persoon in kwestie als de samenleving. De inspectie houdt actief toezicht naar aanbieders van testen en handhaaft indien daar aanleiding toe is. De inspectie werkt daarbij samen met de FIOD en het Openbaar Ministerie. De inspectie vult haar rol als markttoezichthouder deels in door in de gaten te houden welke testen (verplicht) worden aangemeld bij het CIBG/Farmatec en deels onderzoekt de inspectie systematisch of aanbieders van testen op de Europese markt zich houden aan de geldende wetgeving. De inspectie identificeert daarnaast door meldingen van derden en door proactieve web-searches potentieel malafide testen en aanbieders. Deze informatie wordt onderling gedeeld tussen de inspectie en collega toezichthouders van andere lidstaten van de Europese Unie. Op deze manier heeft de inspectie een actueel en integraal beeld van de testen op de Europese markt. Met bovenstaande acht ik Kamervragen (2020Z07032) van de leden Marijnissen en Hijink (SP) van 20 april 2020 beantwoord.

VGZ/ (10)(2e) (10)(2e)
In aanvulling op onderstaande e-mail van (10)(2e) het volgende:
Dit dient wel in het licht te worden bezien van de verschillende maatregelen die in de maak zijn waarbij we ons de vraag moeten stellen wat waaruit wordt bekostigd en in hoeverre.

- Vergoeding Coronatesten voor zorgpersoneel via OGZ, inclusief eventuele meerkosten waar gerechtvaardigd (dat vraagt om een toets);
- Continuïteitsbijdrage vanuit verzekeraars naar (diagnostiek)aanbieders om hen door de periode van inkomensdaling als gevolg van Corona heen te loodsen.

Inzoomend op deze casus:

- 70% afname reguliere productie
- ¾ van de in totaal 180 priklocaties is dicht
- Huidige locaties kunnen worden ingezet als testlocaties voor corona
- beschikbaar personeel kan worden ingezet voor afname en logistiek vervoer (verlegging van reguliere -> corona werkzaamheden), ook mogelijkheid tot inzet 'boventallige' personeel op afwijkende / flexibele tijden en andere locaties
- reguliere testcapaciteit kan worden ingezet voor onderzoek en terugkoppeling

Als dan een deel van de kosten via de continuïteitsbijdrage wordt betaald (vaste kosten gerelateerd aan mensen, middelen en locaties), terwijl dergelijke labs anderzijds worden bekostigd vanuit het OGZ-budget voor de werkzaamheden die zij verrichten in het kader van corona en hieruit omzet genereren met veelal bestaande capaciteit, dan vindt dubbele bekostiging plaats. Insteek van de continuïteitsbijdrage is die achteraf te verrekenen met geleverde zorg (waar mogelijk). Zorg geleverd t.l.v. OGZ is voor verzekeraars niet inzichtelijk, waardoor dubbele financiering op de loer ligt. Voor een substantieel deel, aangezien de reguliere productie flink terugloopt en de Coronaproductie flink oploopt.

Wat ons betreft, dient er op dan ook op zorgaanbiedersniveau inzicht te worden verschaft in de opbrengsten vanuit OGZ-activiteiten en ZvW-activiteiten om hiervan een goed beeld te krijgen en te bepalen wat redelijkerwijs (aanvullend) dient te worden 'gecompenseerd'.

➔ **Reactie VWS: graag bespreken wij in vervolgoverleg wat er voor nodig is om dubbele bekostiging te voorkomen.**

Zilveren Kruis/ (10)(2e) (10)(2e)
Bijgesloten de notitie die onderwerp van gesprek is tussen Saltro en VGZ+Zilveren Kruis. Saltro heeft hier een aantal kostenposten in benoemd, waaronder een call center en avondpoli's. Momenteel kunnen zij nergens terecht om deze kosten vergoed te krijgen. Saltro gaf ook aan dat zij met de continuiteitsbijdrage geholpen zijn met de opbrengst die ze nu missen. Maar dat dit geen tegemoetkoming is in de kosten die worden gemaakt voor de Covid-19 diagnostiek. Saltro heeft inmiddels zelf ook kenbaar gemaakt bij de koepel SAN dat er een oplossing gevonden moeten worden. Daarbij zagen zij ook een gevaar op zich af komen dat op het moment er wordt opgeschaald naar het testen van de gehele bevolking, dit wel degelijk onder de ZvW komt te vallen en hoe we daar dan mee omgaan. Ook dit is goed om te bespreken op ZN/VWS niveau, zoals ook Wieteke hieronder volgens mij schrijft.

➔ **Reactie VWS: zie reactie hierboven over vergoeden kosten van diagnostiek uit OGZ.**

ZN/ (10)(2e) (10)(2e)
En hierbij vanuit ZN ook een signaal (over onduidelijkheid over de kosten van het testen) van de instelling Bea Zorg over de GGD Amsterdam dat net binnenkwam. De indiener van dit signaal heeft het wellicht niet helemaal duidelijk geformuleerd maar het onderstreept wel de roep om duidelijkheid.

*"**Onderwerp:** Bekostiging testbeleid GGD Amsterdam*

Goedemiddag,
Zoals besproken zet ik mijn vraag op de mail:
Via de Arbodienst is mij verteld dat zij voor het aanmelding van zorgpersoneel bij het GGD voor afnemen van testen 70 euro in rekening brengt bij de werkgever.
Indien werkgever zelf de aanvraag voor een test indient bij de GGD zijn de kosten hiervoor onbekend, althans zo is mij verteld door het GGD.

Zowel het RIVM,gemeente Amsterdam heeft hier geen informatie over.
Ik hoop dat uw organisatie hier meer duidelijkheid over kan geven."

➔ **Reactie VWS: inmiddels opgehelderd in brief "wegnemen barrières testenzorgmedewerkers" van 20/4 aan betrokken brancheorganisaties in de zorg, GGD- GHOR, NVAB en OVAL. De financiering loopt via het OGZ-budget en er worden daarom door de GGD geen facturen aan aanvragers verstuurd.**

Menzis/ (10)(2e) (10)(2e)
Bijgaand de toegezegde brief die in Twente door de betreffende GGD wordt rondgestuurd.
Hierin wordt gesproken van een test die € 180, - kost.
LabMicTa, het microbiologisch lab die de testen in Twente verzorgd, heeft naar eigen zeggen een goede prijs onderhandeld, maar bij lange na geen € 180, -.
Mocht er meer informatie nodig zijn, laat het vooral weten.

➔ **18/4 beantwoord door** (10)(2e) (10)(2e) **van GGDGHOR Nederland:**
We hebben dit even uitgezocht bij GGD Twente. De brief is -zoals je zelf al aangeeft- gedateerd en inmiddels achterhaald. Wordt niet meer gebruikt. In aanvulling daarop meldt de GGD Twente: 'Alle facturen worden vanaf het begin van de testdrive (1 april), dus met terugwerkende kracht, vanuit GGD betaald. Alle instellingen zijn hier inmiddels al over geinformeerd.'

287509

Afspraken werkwijze aanwijzingen en noodverordeningen COVID-19

De verwachting is dat in de komende periode versoepeling van de COVID maatregelen zal plaatsvinden. Dit leidt tot nieuwe aanwijzingen en vervolgens tot aanpassing van de noodverordeningen door de veiligheidsregio's. Er wordt nagedacht over een spoedwet COVID-19, maar het zal nog enige tijd duren voordat deze van kracht kan zijn.

Het proces van de aanwijzingen en noodverordeningen verloopt niet altijd even soepel. De tijd is vaak beperkt en er zijn veel organisaties bij betrokken (VWS, J&V/Nctv, OCW, BZK, I&W, SZW en de veiligheidsregio's). Daarnaast heeft veel discussie plaatsgevonden over grondwettelijkheid en verduidelijking van bepalingen.

Om dit proces soepeler te laten verlopen, zouden we de volgende afspraken willen voorstellen:

- Bij de totstandkoming van de aanwijzing wordt per betrokken departement één persoon aangewezen die voor dat departement de inbreng verzamelt en afwegingen maakt.

- Bij de totstandkoming van de model noodverordening door de veiligheidsregio's kijken alleen VWS en J&V mee. Voor eventuele vragen en onduidelijkheden stemmen zij af met overige betrokken departementen.

- Er komt geen verduidelijking van de huidige bepalingen in de aanwijzing en noodverordeningen. Hiermee accepteren we dat weeffouten uit eerdere aanwijzingen, die zeer snel tot stand moesten komen, niet worden hersteld.
  Veiligheidsregio's en politie hebben aangegeven hiervan voorstander te zijn, de huidige noodverordeningen werken goed, aanpassingen leiden alleen maar tot verwarring in de uitvoering.
  Dit betekent dat vanaf nu alleen de wijzigingen zoals besloten in het MCCb en zoals gecommuniceerd in de persconferentie, worden opgenomen in de aanwijzing en noodverordeningen.

- Voor het besluitvormingsproces richting 13 mei (maatregelen vanaf 19 mei), wordt de tekst van de concept-aanwijzing (met de mogelijke opties o.b.v. advies OMT) afgestemd in het IAO van 12 mei en ICCb en MCCb van 13 mei. Na de persconferentie wordt de tekst van de aanwijzing afgemaakt, zodat deze op 14 mei verzonden kan worden en de veiligheidsregio's voldoende tijd hebben om de noodverordeningen aan te passen.

Verslag 6 mei:

1. Terugkoppeling overleggen

LZ-call:

- Ging alleen over de brief over beschermingsmiddelen. Overwogen wordt medewerkers te voorzien van een 'noodpakket' beschermende middelen. VenVN werkt casusbeschrijvingen uit, RIVM beoordeelt vervolgens bij welke van die situaties beschermingsmiddelen nodig zijn.

Overleg met de bonden:

- Vanochtend is overleg geweest met de bonden, minister van Rijn kon daar niet bij aanwezig zijn, (10)(2e) zat in zijn plaats voor. Bonden teleurgesteld over het proces (minister afwezig) en inhoud (lijn van de brief niet met hen afgestemd). Vanmiddag opnieuw overleg, nu met de minister erbij.

Overig:

- Zojuist rondgestuurd (m.n. ook relevant voor (10)(2e) vm haar contact met de bonden): rapportage van de IGJ.
- Gezin de fase waarin we verkeren – van crisis naar transitie – zijn (10)(2e) en (10)(2e) gevraagd deel te nemen aan het MEVA Coronateam.
- Vanavond in de persconferentie worden naar verwachting versoepeling van bepaalde maatregelen aangekondigd. Hiervoor is een stappenplan opgesteld. Vanmiddag eerste MCCB, daarna zal in persconeferentie duidelijk worden welke voorstellen zijn overgenomen.
- (10)(2e) gaat in kaart brengen hoe de crisisorganisatie kan worden afgebouwd.

2. Ingebracht:

2.1 (Undine) Update notitie CNO nav telefoongesprek (10)(2e) met (10)(2e) vanochtend
Maandag met CNO afgesproken dat er aan het eind van deze week een nieuw concept komt in de vorm van een brief met oplossingsrichtingen. (10)(2e) heeft vanochtend met CNO afgesproken vandaag al een eerste opzet te ontvangen dat ook vandaag nog door haar, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) zal worden besproken. CNO heeft vandaag nog cijfers over vacatures nodig, **(actie)** (10)(2e) schakelt met (10)(2e) en UWV.

3. Ontzorgen – waarderen – bonus

Mail zorgbonus – marsroute MEVA
Vanuit FIN bericht ontvangen: minVWS en minFIN hebben afgelopen weekdend hierover gesproken. Volgens terugkoppeling minFIN wil hij alle varianten zien en gezamenlijk (FIN en VWS) aan de slag hiermee. Niet duidelijk is of dit overeenstemt met het beeld van onze minister, (10)(2e) vraagt na bij (10)(2e)

4. Kamerbrief 6 mei, debat 7 mei

Focus van de brief ligt op beschermingsmiddelen.
Verwachting voor het debat is dat er vragen zullen zijn, mede n.a.v. het overleg met de bonden. **Afgesproken** wordt dat (10)(2e) wordt toegevoegd aan de appgroep (en (10)(2e) er voor nu even uit), dat (10)(2e) en (10)(2e) het CNO-BIG deel doen en dat de rest belbaar is voor (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) zal vandaag kijken naar de reactie op de aanvullende vraag van min Van Rijn over of het zorgpersoneel de opschaling naar reguliere zorg aankan.

5. BIG

6. Extra handen

- Voorstel voor informatie die op de site zou kunnen ligt voor bij (10)(2e)
- Een afspraak voor de transitie van extrahanden is in de maak.

7. Monitoring

Vijfhoek

- (10)(2e) meldt dat (10)(2e) (10)(2e) alle strategisch trajecten in overzicht zet. Dit overzicht zal worden gedeeld met dit team.
- (10)(2e) heeft notitie met (10)(2e) (10)(2e) gemaakt over de gevolgen van uitstel van de regulier zorg. Gaat eerst naar (10)(2e) en (10)(2e) daarna naar (10)(2e) en (10)(2e) die m.n. zullen kijken of het een toegevoegde waarde heeft voor het dashboard (en ook in relatie van de cijfers van extra handen en vernet) en/of voor de NZA.

- In de Vijfhoek morgen komt het van OCW (regeling voor studenten) aan bod.

8. Financieel
8.1 HLA's
8.2 Toeslagen
- (10)(2e) er zijn Kamervragen gesteld aan stasFIN over o.m. (kosten van) beschermingsmiddelen. Een vraag heeft betrekking op belastingtarief van mondkapjes, goed als de minister hiervan weet heeft voor het debat. (**actie**) (10)(2e) meldt dit bij (10)(2e)

9. Actielijst

10. Rondvraag
- (10)(2e) CNO niet techn briefing? Klopt. Zal vooral gaan over pbm en omt advies.

	Wat	Wie	Stavaza
	Werkafspraken: • Denk aan archiveren van je stukken! (zie map MEVA-Corona)	allen	
	Lopende Kamervragen: 1. Kamervragen SP - verplicht vrije dagen opnemen – Facilicom 2. VSO Zorg voor kwetsbare mensen 3. (10)(2e) vragen minister te melden over Kamervraag over BTW-tarief mondkapjes	1 (10)(2e) (volgt) 2 (10)(2e) (coördineert) 3 (10)(2e)	
	A Financieel		
1	Memo/nota over bonussen: nieuwe versie op vrijdag 1 mei naar minVWS	(10)(2e)	7/4 wacht op reactie minister 10/4 wordt vandaag besproken met de MP 15/4 nieuwe (proces)versie moet in weekendtas 20/4 ligt bij (10)(2e) 21/4 15.30 uur overleg me (10)(2e) 23/4: eerst 30/4 overleg op uitnodiging FIN dan op vrijdag 1/5 naar min VWS. 4/5 Wachten reactie Hugo 6/5 (10)(2e) vraagt bij (10)(2e) na wat minister eehft terugekoppeld uit zijn overleg hierover met minFIN.
2	Mailtje voor (10)(2e) over marsroute vijfhoek mbt noodpakket 2.0	(10)(2e)	
	HLA: signalen dat HLA niet volstaat door: 1 extra zorg 2020, 2 inhaalzorg 2021, 3 lessen uit corona vragen om inhoudelijke aanpassingen van de HLA.	(10)(2e) (10)(2e)	4/5 (10)(2e) noemt deze 3 in MTDGCZ vanmiddag en (10)(2e) neemt ze mee naar CZ.
3	FIN bellen over bekostiging beschermingsmiddelen.	(10)(2e)	(10)(2e) stuurt (10)(2e) mailtje met de aanleiding
	C Extra Handen		
4	Mail opstellen om waardering te uiten naar mensen van extrahandenvoordezorg en sterkinjewerk, (van de SG namens de	(10)(2e)	10/4 (10)(2e) heeft concept naar (10)(2e) gemaild. 23/4 (10)(2e) vraagt na bij (10)(2e) naar wie de mail gestuurd moet worden en

	bewindspersonen).		komt erop terug bij (10)(2e) (namen plus mailadressen) 4/5 (10)(2e) stelt lijst op
5	Overleg met (10)(2e) ivm concrete voorstellen en financiering daarvan en over transitietraject extra handen	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	16/4 krijgen we deze week/begin volgende week. 20/4 komt morgen 23/4 vanmiddag call
6	Contact/ oriënterend gesprek met LinkedIn voor aanbieden hulp en kijken naar mogelijkheden	(10)(2e) (10)(2e)	30/4 (10)(2e) heeft gebeld, morgen vervolg. 4/5 (10)(2e) zoekt hierover contact met SZW Terug laten komen op de agenda
	D Monitoring		
7	Met voorstel komen voor duiding en gebruik cijfers Wat is de informatiewaarde/ handelingsperspectief voor MEVA hierin?	(10)(2e)	20/4 deze week 30/4 loopt
8	Met (10)(2e) en (10)(2e) overleggen welke sturingsinformatie opgehaald gaat worden in de regio's en op de site van extrahanden kan.	(10)(2e) (10)(2e)	30/4 ingewikkeld om de cijfers zonder goede duiding op extrahanden te zetten.
9	Afhankelijk van welke info/data vanuit regio's, sterk in je werk en extra handen beschikbaar komt, nagaan wat gekoppeld kan worden aan het dashboard dat (10)(2e) ontwikkelt voor het crisisteam.	(10)(2e) (10)(2e)	
10	Cijfers en duiding ziekteverzuim	(10)(2e) (10)(2e)	01/05 Cijfers en duiding ervan ook naar (10)(2e) om te delen met de andere (DG-)teams 4/5 (10)(2e) overlegt met de vier branches over hoe zij de cijfers zien. Donderdag weer op de agenda.
	E BIG		
11	Nagaan bij Marit/CZ waarom IGJ 2 beroepen uitzondert als contactberoep	(10)(2e)	4/5 (10)(2e) brengt in in MTDCZ.
12	OCW laten weten dat ze voor vooroverleg over hun regeling voor studenten bij Birgitta moeten zijn.	(10)(2e)	
	CNO stelt advies op over o.m. draagkracht van verpleegkundigen (10)(2e) schakelt met (10)(2e) en UWV over de cijfers mbt vacatures die CNO nodig heeft.	(10)(2e)	
	F Verzoeken/mails van derden		
	Overig		
13	Dilemma's en antwoordrichtingen formuleren mbt arbeidsrecht en zorgplicht	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (ism (10)(2e)	15/4 Eerste concept, reactie gekregen van (10)(2e) nu verder 23/4 Tweede concept naar (10)(2e) 30/4 liggen bij szw en beide inspecties.

287512

			(10)(2e) wacht op reactie.
14	Vraagstuk over opschorten van subsidie nu instellingen besteding ervan moeten uitstellen vanwege corona.	(10)(2e), (10)(2e)	2/4 uitkomsten BR afwachten 7/4 Br akkoord met algemene lijn, (10)(2e) en (10)(2e) vertalen naar wat het voor MEVA betekent. 16/4 loopt, volgende week MT 23/4 volgende week weer in MT 30/4 staat bij WJZ uit.
16	Reactie brief Boz, (10)(2e) (10)(2e) met SZW	(10)(2e) (10)(2e)	22/4 SZW is nog mee bezig 30/4 GA vraagt morgen of begin volgende week naar stavaza 4/5 nog geen reactie
17	Boekje Zorgen voor zorgprofessionals. Kijken of het nog iets zou kunnen zijn voor SIJW. Anders afwijzen conform eerdere lijn en mail maken voor SG.	(10)(2e)	30/4 input ontvangen van (10)(2e). Nu mail maken.
18	A-4 maken voor BR 24/4 over onderzoek/dashboard/informatie over gevolgen corona. (10)(2e) koppelt terug uit intern overleg hierover met o.m. (10)(2e) DMO en bespreekt met (10)(2e) hoe verder.	(10)(2e)	30/4 plv dg BR vanmiddag 4/5 terugkoppeling
21	Met DCo voorstel maken voor 12 mei, de dag van de verpleging	(10)(2e)	1/5 (10)(2e) heeft nav ontvangen voorstel gebeld met DCo. DCo beraadt zich op nieuw voorstel.
22	Reactie maken voor initiatief Zorgen voor Zorg	(10)(2e) (10)(2e)	30/4 (10)(2e) stuurt haar input mbt dit initiatief naar (10)(2e) (10)(2e) 4/5 Voorstel voor mail maken
24	Kamerbrief 6 mei en debat 7 mei: 6/5 (10)(2e) wordt toegevoegd aan de appgroep, (10)(2e) en (10)(2e) doen het CNO-BIG de rest is belbaar voor (10)(2e) (10)(2e)	allen	Deadline: maandag 10.30 teksten bij (10)(2e) en (10)(2e) 4/5 geen teksten van MEVA in de brief
25	Conceptreactie/mail opstellen in antwoord op signaal extramurale sportgeneeskundigen.	(10)(2e)	4/5 (10)(2e) gaat na waar de originele binnengekomen brief is om dubbeling in reactie te voorkomen.

287514

Verslag crisisoverleg Corona – GGZ & BW/MO

Datum en tijd: 14-04, 17:00 – 17:45

Aanwezig: Staatssecretaris, (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

Afwezig: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e),

Verslag en besluiten vorig overleg

- ZN en GGZ-NL lijken op een lijn te zitten met elkaar t.a.v. financiering, hopelijk zet dat zich deze week verder voort. Geen actie van VWS nodig.
- Tekst over motie Segers is aangepast op verzoek stas. Korte toelichting CZ over betrokkenheid van ZonMW.

Beeld

- NZa gaat traject in gang zetten om planbare zorg opnieuw op gang te brengen. Hoog tempo. Partijen in het veld worden betrokken.
- CZ werkt aan beantwoording VSO n.a.v. brief. Later deze week in de lijn.
- Deze week kijkt CZ samen met partners in crisisstructuur om de vergaderfrequentie af te schalen nu processen beginnen te lopen.
- Testen van zorgmedewerkers en afwachten van de uitslag komt naar voren in OMT. Relatief weinig ggz-medewerkers worden getest. Werkgevers zijn er niet happig op om mensen naar huis te sturen in afwachting van uitslag. Advies gaat worden: bij klachten thuisblijven, tenzij je niet misbaar bent. Blijft wat onduidelijk en voor interpretatie vatbaar. Informatie op de RIVM-website is ook aangepast om breder testen van zorgmedewerkers te onderbouwen.
- IGJ heeft een aantal BW/MO instellingen gebeld over status t.a.v. PBM. Dit levert beeld op dat deze instellingen slechts beperkt in beeld zijn bij verdeling. Dit komt overeen met beeld bij Landelijk Meldpunt Zorg.
- BW/MO sector heeft toch aanspraak kunnen maken op 100 duizend mondkapjes. Deze worden binnen de sector verdeeld.
- Valente werkt aan afschalingsscenario voor opvang. Zij bespreken dit samen met VNG, eventueel aangevuld met een werkgroep. VWS gaat dan meekijken, ook vanuit financieel perspectief.
- Den Haag heeft een weloverwogen besluit genomen om daklozen in hotels op te vangen. Er is sprake van een realistische afweging.

Oordeelsvorming

- -

Besluiten

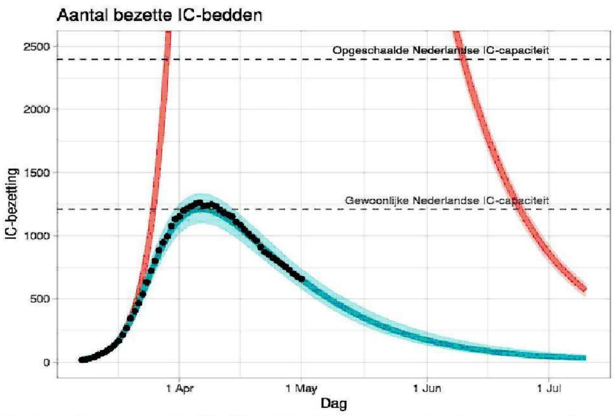
- Beeld IGJ ggz bespreken tijdens volgende overleg.

287515

Factsheet IC-capaciteit: Prognose en bezetting

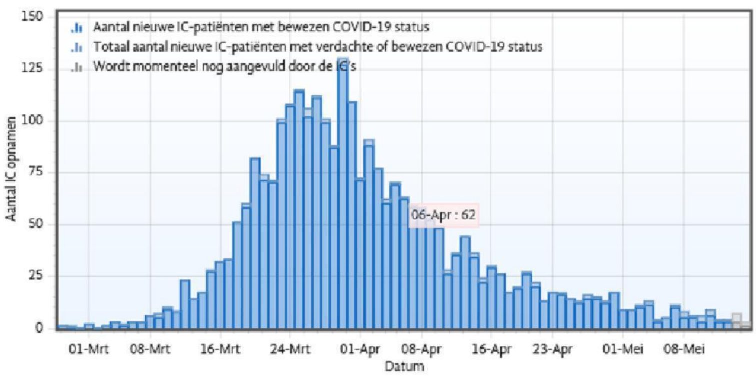
Stand van zaken – vrijdag 15 mei 17.00 uur

A. *Prognose RIVM (d.d. 7 mei, t.b.v. technische briefing)*



- NB: Betreft prognose RIVM d.d. 07-05-2020 (geen actuelere prognose beschikbaar)
- NB: Het OMT-advies van 04-05-2020 geeft een verwachting van minder dan 500 COVID IC-bedden rond 11 mei 2020.

B. *Bezetting IC-bedden in Nederlandse ziekenhuizen (d.d. 15 mei, 17.00 uur)*



- NB: Cijfers LCPS – beeld 14 mei (geen actuelere cijfers beschikbaar):
  - 432 Covid IC-opnames
  - Daarvan 429 in Nederland
  - Daarvan 3 in Duitsland
  - 1286 Covid-opnames op klinische bedden

Verslag crisisoverleg Corona – GGZ & BW/MO

Datum en tijd: 09-04, 16:30 – 17:15

Aanwezig: Staatssecretaris, (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

Afwezig: (10)(2e) (10)(2e)

Verslag en besluiten vorig overleg

- DCo heeft contact opgenomen over een nieuwe campagne die onder de "Alleen samen" campagne wordt opgezet. Stas ontvangt stand van zaken op papier t.a.v. aanhaken brede Corona campagne.
- Ggz is goed opgenomen in de Kamerbrief. Ook in debat kwam ggz aan de orde.
- Valente en VNG herkennen signaal niet dat mensen na 3 dagen uit de opvang worden gezet, en dat er geen sprake is van dagopvang. Ze gaan het echter wel voor de zekerheid na. DMO vraagt dit nog extra na tijdens clusteroverleg. Stas wil dit punt ook na Corona scherp in de gaten houden.

Beeld

- Nieuwe versie van de richtlijn MO staat online. DMO werkt ook continu aan nieuwe Q&A's. Deze worden vooral via kanalen in de sector verspreid.
- BW/MO heeft ook het gevoel dat ze soms vergeten worden. Bij het plan dat gemaakt wordt voor bedden buiten het ziekenhuis is ook een aantal bedden geserveerd voor mensen uit BW/MO.
- Valente was te laat met input voor PBM prioriteringsdocument dat voor de Pasen wordt gepubliceerd. DMO heeft dit bij Valente aangegeven en ze gekoppeld aan de partij die mondkapjes organiseert. Valente heeft aangegeven er 120 duizend nodig te hebben.
- Gemeente Den Haag heeft aangegeven in contact te willen komen met VWS over opvang van moeilijke groepen. Den Haag is op zoek naar een nieuwe, grote opvanglocatie met begeleiding. Nu plaatsen ze mensen in hotels. Dit kan later voor financieringsproblemen zorgen. DMO ontvangt om 16:30 bericht van Den Haag over hoe VWS kan helpen.
- Skipr heeft artikel gepubliceerd over financiële positie van ggz instellingen. Voor het weekend wordt per sector een raming gemaakt per sector. (10)(2e) ((10)(2e) heeft vandaag met ZN gebeld om zorgen over te brengen over dit proces. Op BO-niveau moet eea worden uitgewerkt. CZ houdt nauw contact met ZN en GGZ-NL.
- Testbeleid is ook uitgewerkt voor de ggz. Belangrijk moment voor de sector.
- Ggz kan ook gebruik maken van de centraal georganiseerde bedden buiten ziekenhuis. VVT sector is het meest aangehaakt. Vergoeding wordt vooral op gehandicaptenzorg/VVT geënt. Ggz zit er niet heel nadrukkelijk in. Ggz-instellingen willen ook kostte wat kost voorkomen dat hun patiëntenpopulatie in dergelijke locaties wordt geplaatst. Er wordt samengewerkt tussen grote en kleine ggz instellingen om de zorg voor Covid-19 patiënten te bundelen. Dat zorgt voor samenvoeging van andere groepen en mogelijk verdringing. Lijkt in de praktijk echter zorgvuldig te gaan. Bij een grote piek als in Brabant kan eea wel tot zorg leiden. Dan moet er tussen regio's worden samengewerkt. Onduidelijk of de regio's dan snel genoeg informatie uitwisselen en kunnen schakelen. Mogelijk moeten er dan toch centrale overlooplocaties komen.
- GMT werkt aan ratio's bij afwegingskader PBM. OMT heeft gezegd dat het niet per sector te bepalen is, maar op basis van kwetsbaarheid doelgroep moet. Daarvoor heeft de sector input aangeleverd bij GMT.
- Motie Seegers is aangenomen. De uitwerking daarvan gaat idealiter volgende week mee in de Kamerbrief. CZ heeft link gelegd naar traject van NZa over verwachte piek in acute planbare zorg en hoe daarmee om te gaan in de toekomst. Dat lijkt te vroeg te komen voor de brief.
- Nieuwe update IGJ over zorgsector ggz komt voor volgende overleg.
- Stas heeft begin volgende week overleg nieuwe vz RvT 113.

- (10)(2e) (10)(2e) heeft getweet over regierol van VWS bij voorkomen suïcides. Ze heeft daarnaast aangegeven met de stas in gesprek te willen gaan over situatie van ggz tijdens Corona.

Oordeelsvorming

- Vraag is of overheid in moet stappen bij financiële problemen ggz-instellingen. GGZ-NL roept al vroeg in het proces dat e.e.a. onacceptabel is. Nog mogelijk dat partijen er wel met elkaar uitkomen. Problematiek is ook breder dan ggz alleen. Al heeft ggz een bijzondere positie vanwege betrokkenheid van groot aantal partijen. Nu instappen lijkt niet wenselijk. Kan later wel nodig zijn. VWS is in algemene zin wel al bezig met het maken van afspraken met zorgverzekeraars. Als partijen dreigen om te vallen kan NZa belangrijke partner zijn. IGJ is daar ook bij aangehaakt.
- Stas wil graag met veldpartijen nadenken over hoe om te gaan met de grote hulpvraag die we in de toekomst kunnen verwachten (o.a. best practices, digitale hulpmiddelen, etc.). Wordt al opgepakt.
- CZ geeft aan dat VWS wel degelijk een rol speelt in suïcidepreventie. Tegelijkertijd zal het voor de beeldvorming niet snel voldoende zijn. In motietekst komt ook suïcidepreventie aan bod.

Besluiten

- Initiatief om financiële problemen ggz-instellingen op te lossen ligt nu bij ZN en GGZ-NL. CZ houdt vinger aan de pols houden en bespreekt punt opnieuw tijdens volgend overleg.
- CZ neemt n.a.v. motie van Seegers ook een passage in Kamerbrief op over suïcidepreventie.

Verslag 13 mei:

1. Terugkoppeling overleggen
   LZ
   - Deze week is nieuwe verdeelmodel PBM gereed. (10)(2e) en (10)(2e) praten met VenVN en de bonden over de richtlijn vanuit verpleegkundig perspectief.
   - BZK en FIN praten met de gemeenten over compensatie.
   - Z over risicovereveningstraject: (10)(2e) heeft overleg met ZN en op 28 mei is er bestuurlijk overleg. Gert Anne is op dit onderwerp aangehaakt.
   - DMO: druk met routekaarten kwetsbare groepen.
   - Oproep om niet elk besluit voor te leggen aan OMT en RIVM voor goedkeuring.
   - IGJ: extra aandacht nodig voor jongeren 12-18. Tevens oproep om niet alles specifiek te regelen: houd het zo algemeen mogelijk en kijk ook eerst naar wat er al allemaal is geregeld i.h.k.v. infectieziektewetgeving.
   - PGB: aan instellingen die in financiële problemen komen wordt voorgesteld zorg in natura te verlenen.
   - DCO: er treedt coronamoeheid op. Lastig in combinatie met de versoepeling van de regels.

   Afstemmingsoverleg:
   - In het afstemmingsoverleg vanochtend hebben beiden ministers hebben aangeven vooraf geïnformeerd te willen worden over de vijfhoek. Dat betekent voor nu concreet dat Nicole en Remco hen vrijdagochtend informeren over de dan voorliggende stukken.

2. Ingebracht:

2.1 (10)(2e) Terugkoppeling interview 12/5 met de voorzitter van de commissie Werken in de Zorg, (10)(2e) (10)(2e) (bijlage)
Ter informatie. M.n. over tekort aan zorgpersoneel en het behoud ervan.

2.2 (10)(2e) (10)(2e) oprichting Stichting Extra ZorgSamen (bijlage)
Ter informatie. **(Actie)** (10)(2e) zal eerst verkennend met hen praten (wat is het plan, doel) om beeld te krijgen van hun plan/doel.

2.3 (10)(2e): Beeld zorglandschap 12/5 van IGJ (bijlage)
Ter informatie. Goed om aangehaakt te zijn over testen en PBM en goed te weten i.v.m gesprek met de bonden.

2.4 (10)(2e): Kamervraag JenV
Ontvangen via SZW. (10)(2e) en (10)(2e) hebben een overzicht gemaakt van alle vragen m.b.t. buitenlandse zorgprofessionals inclusief de eerder door Undine beantwoorde vraag over mensen in asielzoekerscentra. Zij sturen het naar (10)(2e) als input voor de beantwoording van de Kamervraag.

3. Ontzorgen – waarderen – bonus
   - Bonus, (10)(2e) straks overleg met RegioPlus, morgen met het interne 'bonusclubje'. Politiek besluit over de invulling van de motie is nog niet genomen. Dat betekent dat de insteek voor het overleg met RegioPlus moet zijn: hoe zou het kunnen worden uitgevoerd.
   - Bonden, (10)(2e) bezig met de voorbreiding van het bestuurlijk overleg op 19/5. Morgen, 14/5 weer informeel overleg, m.n. over arbeidsmarktvraagstukken. Ook CNO-advies op de agenda. Advies voor deelname vanuit MEVA: (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e). Het informeel overleg van volgende week donderdag vervalt vanwege Hemelvaart.
   - CNO-advies, (10)(2e) vanochtend om 09.30 nieuwe versie van het advies ontvangen, om 12 uur wordt het definitieve advies verwacht. (10)(2e) **en** (10)(2e) hebben al een nota en brief klaarstaan om het advies naar de Kamer te sturen. (10)(2e) (10)(2e) wordt gevraagd een paar zinnen aan te leveren mbt de krapte op de arbeidsmarkt.

4. BIG
   - Ter informatie: er zijn vragen ontvangen èn beantwoord van de Groene Amsterdammer over de inzet van buitenlandse zorgverleners.
   - **Actie:** (10)(2e) belt met OCW over terugkoppeling over hun regeling die voorlag in de vijfhoek.

5. Opschaling naar reguliere zorg
   - (10)(2e) heeft wekelijks een half uur overleg met (10)(2e) over het NZA-traject.
   - Vanmiddag sluit (10)(2e) (10)(2e) aan bij overleg van (10)(2e) en CNO.
   - (10)(2e) meldt dat hij bezig is met een oplegnota voor de stukken van (10)(2e) (10)(2e) (uitgestelde zorg) en (10)(2e).

6. Extra handen - monitoring

7. Onderzoek – data – dashboard
   - De remwegstrategie is omgedoopt tot controlestrategie. (10)(2e) heeft 13.15 overleg bij Hugo over het dashboard. Morgen gaat het naar AZ. FIN heeft capaciteit aangeboden, wil erbij betrokken zijn.
   - **Luc** heeft op verzoek van Reinier een vergelijking gemaakt tussen NL en DLD vwt testen. Is nagenoeg gereed. Mag rechtstreeks naar (10)(2e) met cc (10)(2e) en (10)(2e)

8. Vijfhoek
   (10)(2e) heeft i.v.m. de fitnessbranche een lijntje gelegd tussen LHV, AZ en (10)(2e)

9. Financieel

9.1 Toeslagen

10. Kamerbrief/debat
    - Behalve stukje over CNO-advies geen inbreng van MEVA voor de brief. (10)(2e) heeft aangegeven dat we zelf een logische plek voor het stukje moeten zoeken. Mail daarover heeft (10)(2e) doorgestuurd naar (10)(2e)
    - (10)(2e) en (10)(2e) volgen samen het debat woensdag.

11. Actielijst

12. Rondvraag
    - MT-MEVA heeft gesproken over de opzet van een programma(structuur) als opvolging van het MEVA coronateam. Onderdelen van het programma: geleerde lessen, Vijfhoek – noodpakket, Extra handen en SIJW en transitie daarvan, opschalen reguliere zorg irt draagkracht zorgpersoneel, dashboard. Opdrachtgever: (10)(2e) (10)(2e) Programmamanager: (10)(2e) Eerst nu programmaopdracht, daarna volgt voorstel voor een klein(er) team.

	Wat	Wie	Stavaza
	Werkafspraken: • Denk aan archiveren van je stukken! (zie map MEVA-Corona)	allen	
	Lopende Kamervragen: 1. Kamervragen SP - verplicht vrije dagen opnemen – Facilicom 2. Vraag JenV	1. (10)(2e) (volgt) 2. (10)(2e)	Ad 2.: (10)(2e) (10)(2e) sturen overzicht van vragen mbt buitenlandse zorgprofessionals naar (10)(2e)
	3 Ontzorgen – waarderen - bonus		
1	Memo/nota over bonussen: nieuwe versie op vrijdag 1 mei naar minVWS	(10)(2e) (coördineert)	7/4 wacht op reactie minister 10/4 wordt vandaag besproken met de MP 15/4 nieuwe (proces)versie moet in weekendtas 20/4 ligt bij (10)(2e) 21/4 15.30 uur overleg met (10)(2e) 23/4: eerst 30/4 overleg op

			uitnodiging FIN dan op vrijdag 1/5 naar min VWS. 4/5 Wachten reactie Hugo 6/5 (10)(2e) vraagt bij (10)(2e) na wat minister heeft teruggekoppeld uit zijn overleg hierover met minFIN. 12/5: Nader uitwerken van de afspraken die op 11/5 tussen VWS en FIN zijn gemaakt. Erik coördineert dit. (10)(2e) koppelt naar (10)(2e) terug.
	4 BIG		
2	Advies voor (10)(2e), (10)(2e) n.a.v. overleg met WJZ en CIBG over vervolg van opschorten herregistratie.	(10)(2e), (10)(2e)	
	6 Extra Handen – monitoring		
3	Overleg met (10)(2e) ivm concrete voorstellen en over transitietraject extra handen	(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	16/4 krijgen we deze week/begin volgende week. 20/4 komt morgen 23/4 vanmiddag call 12/5 eerst voorstellen van Regioplus bezien (10)(2e) stuurt advies naar (10)(2e) en (10)(2e)
4	Met voorstel komen voor duiding en gebruik cijfers Wat is de informatiewaarde/ handelingsperspectief voor MEVA hierin?	(10)(2e)	20/4 deze week 30/4 loopt
5	Uitzoeken of beeld klopt dat verpleeghuizen minder mensen hebben en deze nu meer beroep doen op de wijkzorg	(10)(2e)	8/5 over 1,5 week beeld van in- en uitstroom verpleeghuizen (CBS)
6	Verkennend gesprek met Stichting Extra ZorgSamen, daarna weer een keer op de agenda.	(10)(2e)	
	8 Vijfhoek		
7	12/5: Notitie afmaken (10)(2e) en kritisch meelezen (10)(2e) (10)(2e) over structurele zwakheden in de zorg.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
	Overig		
8	Dilemma's en antwoordrichtingen formuleren mbt arbeidsrecht en zorgplicht	(10)(2e)	15/4 Eerste concept, reactie gekregen van (10)(2e) nu verder 23/4 Tweede concept naar (10)(2e) 30/4 liggen bij szw en beide inspecties. (10)(2e) wacht op reactie. 12/5: (10)(2e) heeft 11/5 reminder gestuurd.
9	Vraagstuk over opschorten van subsidie nu instellingen besteding ervan moeten uitstellen vanwege corona.	(10)(2e) (10)(2e)	2/4 uitkomsten BR afwachten 7/4 Br akkoord met algemene lijn, (10)(2e) en (10)(2e) vertalen naar wat het voor MEVA betekent. 16/4 loopt, volgende week MT 23/4 volgende week weer in MT 30/4 staat bij WJZ uit.

10	Reactie brief Boz, (10)(2e) (10)(2e) met SZW	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	22/4 SZW is nog mee bezig 30/4 GA vraagt morgen of begin volgende week naar stavaza 4/5 nog geen reactie 12/5 (10)(2e) schakelt met (10)(2e)
11	Conceptreactie/mail opstellen in antwoord op signaal extramurale sportgeneeskundigen.	(10)(2e) (10)(2e)	4/5 (10)(2e) gaat na waar de originele binnengekomen brief is om dubbeling in reactie te voorkomen. 12/5 (10)(2e) en (10)(2e) werken samen aan reactie/antwoord.

287520

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) DGV

T 070- (10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum
18 mei 2020

Aantal pagina's
1

verslag

Betreft	MT DGV
Vergaderdatum en -tijd	18 mei 2020 12:30-13.30 uur
Vergaderplaats	Telefonisch
Aanwezig	(10)(2e) (10)(2e) VGP), (10)(2e) (PG), (10)(2e) (S), (10)(2e) (IZ), en (10)(2e) (BPZ, verslag)
Afwezig	DGV, (10)(2e) (PG)

1. Opening en actualiteiten

a. Actualiteiten directies

IZ:
- De Adviesraad Internationale Vraagstukken heeft een advies uitgebracht over de wereldwijde COVID-19 aanpak en de rol van Nederland en de EU daarin. Daarin wordt ook aangegeven dat het Kabinet een groot bedrag moet reserveren voor hulp aan andere landen. Dit zal binnenkort in een onderraad worden besproken.

Sport:
- Een groep sportscholen heeft een kort geding aangespannen waarin zij aanvechten dat zij in principe tot 1 september gesloten moeten blijven.
- De branche komt deze week met voorbereiding voor het OMT.
- Deze week zijn er weer gesprekken met de KNVB.
- Daarnaast speelt het vraagstuk rondom sportkantines en het wel/niet open kunnen in verhouding tot de horeca.
- Met de VNG en BZK zijn er tevens gesprekken over de financiële consequenties van COVID-19.

PG:
- Gaan met VNG is gesprek over de extra kosten gemaakt door de GGD'en. Vraag is hoe deze het beste gedekt kunnen worden.

b. Terugkoppeling BR/BWP
- In de PBR is besproken dat er scenario's worden uitgewerkt voor hoe straks te werken in het pand, hoewel nog niet duidelijk is wanneer dat weer mogelijk is.
- In de BRBV is over over- en onderbelasting van mensen gesproken.

Directie Bestuurlijke en
Politieke Zaken

Datum
20 april 2020

2. Beleid

Preventie in de contourennota:

- Aan bewindspersonen is voorgelegd hoe zij om willen gaan met vervolg van de contourennota.
- De wil en aanleiding om met het traject verder te gaan zijn er nog, maar de planning zal worden aangepast en er wordt een duidelijke relatie gelegd met de aangepaste VTV (die kijkt naar de effecten corona).
- Het 2 wekelijkse agendapunt op dit MT kan voorlopig van de agenda.

Kennisplatform preventie
PG en DVGP vragen zich af of de agenda niet te integraal wordt?
Afgesproken wordt dat er nog een aantal weken wordt genomen om verder uit te werken en af te stemmen.

Rapportenoverzicht RIVM
Geen bijzonderheden.

3. Collegiale toetsing

-

4. Sluiting

-

287523

Afstemmingsoverleg 6 mei 2020

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	6 mei 2020 10:45-11:45
Volgend overleg	7 mei 2020 10:45-11:45

<u>Aanwezigen:</u>
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (10)(2e) (SG)
(10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCC)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Kamerbrief
Naar aanleiding van de conceptbrief is er met alle aanwezigen gesproken over de opbouw, invulling en toon van de brief.
De brief is op dit moment lang en hierdoor lastig om doorheen te lezen. Verzoek is om de kernboodschap naar voren te halen en meer plaatjes en kaders toe te voegen om de inhoud te verduidelijken.

Voor de instructies en specificaties van de mondkapjes moet er vandaag nog een sprintje getrokken worden zodat dit nog deze week goed en helder gecommuniceerd kan worden.
Het is goed dat er een duidelijke scheiding gemaakt wordt tussen 'communitymasks' en mondkapjes voor de zorg. Dit neemt veel zorgen weg bij de bonden van de thuiszorg. Er wordt vandaag een gesprek ingepland met MMZS om verder te spreken over de angst dat besmettingen via de thuiszorg overloopt naar de rest van de zorgsector.

Deadline voor het aanleveren van aanvullingen op de Kamerbrief is 14:00u. Tijdens het eten na de persconferentie moet de brief klaar liggen om gelezen te worden.

Besluitvorming MCCb
Goede, duidelijke communicatie is belangrijk. Er komen in een korte tijd veel besluiten aan en deze moeten volgbaar en begrijpelijk zijn. Gezond verstand van burgers moet aangesproken worden. De vragen om de kaders voor het handhaven komt vanuit de veiligheidsregio's omdat vage maatregelen niet te handhaven zijn.

Vooralsnog wordt er geen juridisch kader opgesteld voor contactberoepen. De protocollen kunnen door de sectoren zelf getoetst worden aan het afwegingskader zoals deze door het RIVM op de site geplaatst zal worden.

Q&A's en infographic
Was een groot pakket met wijzigingen in de conceptversie van de Q&A's. Deze worden voor vanmiddag verder uitgewerkt. Een heikel punt in de communicatie is '1 juni' of 'in juni' voor de beschikbaarheid van testen voor iedereen met klachten. Besloten wordt dat een marge als slag om de arm beter is in verband met vele onzekere factoren die niet in onze handen liggen.

Er zijn 3 concept infographics opgeleverd door DCO. Deze worden vandaag verder afgerond op basis van de besluitvorming in het MCCb.

1= de basis voor het vertrekpunt voor de volgende visuals.
Hierin komen o.a. de tijdslijn en bijbehorende gedragsadviezen.

2= Fases en ankerpunten.
Moeten afgestemd worden op de tekst uit de brief. Weinig woorden. Praatplaat voor journalisten, persconferentie en Kamerbrief. Alle getallen weg. Juni vervangen voor september

3= mondkapjes instructie.

To do voor vandaag
Er wordt een inventarisatieronde gemaakt van alle actiepunten die voor vandaag op de agenda staan. Alle actiehouders zijn zich hiervan bewust.
De besluiten zijn opgenomen in de besluitenlijst.

Overig
MVWS spreekt zijn waardering uit over alles wat er in korte tijd al gerealiseerd is. Wordt hard gewerkt en dat wordt gewaardeerd.

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 6 mei

Kamerbrief

- Ivm de volgorde van onderwerpen en leesbaarheid is besloten om aan de inleiding toe te voegen: een leeswijzer, de twee infographics van DCo en de kernboodschap. Verder wordt de huidige volgorde brief van de brief aanhouden.
- Stuk over mondkapjes wordt ingeleid met het OMT advies. Dan komt een kader waarin de redeneerlijn van de regering staat:
    1. Meeste kapjes zorg
    2. Andere sectoren; daar waar afspraken gemaakt kunnen worden en/of triage zijn geen kapjes nodig. Contactberoepen met andere soorten PBM werken.
    3. Daar waar geen afspraken gemaakt kunnen worden en geen triage mogelijk is, verplichten we kapjes: dit is allen bij het OV specifiek voor de reizigers (geen verplichting voor de werknemers)
- We moeten opletten dat we niet te makkelijk doen over wat de zorg wel aankan – daarvoor de toon zoals in de speech gebruiken.
- Er moet een Q&A met een instructie komen over welke mondkapjes er nodig zijn voor de burger in het OV. Ivm details zoals gebruik materialen nu aangeven dat we deze einde week op de site plaatsen. Dit moet worden afgestemd met MVWS.
- Besproken aanpassingen in de brief:
    - Toonzetting van de gebruikte tekst uit Catshuis is niet passend, moet worden herschreven met gebruik van de tekst voor de persco.
    - Gedragsadviezen; eind vd dag geconsolideerde gedragsadviezen in een kader zetten
    - Blz 3 over dat het vervangen van het advies 'blijf zoveel mogelijk thuis': daarbij toevoegen dat dit per 11 mei zal zijn
    - Testbeleid zoals voor dit overleg besproken – sluit DGV met kort met Danielle
    - Aggregatieniveau uitvoeringsinformatie testen aanpassen
    - Apps: belastingdienst hier niet noemen en daarnaast korter en duidelijker maken wat we gaan vragen; thuischeck en track& trace. Meer in tijd plaatsen wanneer we opdracht geven en wanneer weer TK informeren.
    - Monitoren effecten herbenoemen in bv. early warning. DCo denkt mee over betere term.
    - Kwetsbare mensen zijn uitgesplitst in categorieën - daarbij ggz toevoegen.
    - Blz 31. DGLZ toevoegen wat is er verruimd in de guideline.
    - Let op bij de verwijzingen; het minimum zat in week 12 en niet in 13.
    - Aangeven dat de extra bedden nodig zijn totaan vaccin (ipv 3 jaar benoemen).
    - Tekst van SG AZ over economen clubs naar voren halen
    - Bedden buiten de ic, calculatiemodel ggd afgelopen maandag, meenemen in brief.
    - Paramedie zijn contactberoepen maar is ook zorg, DGCZ werkt daarvoor een tekst uit
    - Gedragsadviezen PM tot na Mccb

- Iedereen gebruikt de versie van gisteravond voor verwerken aanpassingen, en de deadline voor aanleveren van afgestemde versies vanuit de DG kolommen is 14 uur.
- DGLZ organiseert gesprek met de bonden en MMZS vanmiddag over het vervolgproces rondom huishoudelijke hulp en mondkapjes.
- Start nationale vaccinatiecampagne specifiek voor corona ligt bij Hugo. Andere vaccinatiecampagnes blijven bij stas.

Mccb

- Om 12 uur wordt besproken hoe te zorgen voor duidelijkere sportregels ipv nu aangedragen aantal van max 10. Groepsgrote is een punt wat vanuit handhavingsperspectief wordt ingebracht maar is vooral in de openbare ruimte van belang, bij andere zaken als sporten

gaat het meer om verantwoordelijkheid nemen en gezond verstand. Daarbij steeds de 1,5m afstand en goede hygiëne benadrukken.

- tekst bij ankerpunten en het voldoen aan voorwaarden; is inmiddels aangepast. dPG stuurt ook aan MMZS.
- We geven aan dat de sectoren zelf protocollen moeten toetsen aan de richtlijnen. We gaan zelf geen voorwaarden stellen aan de protocollen en deze toetsen.

Q&A's vanmiddag en infographics

- Bij testen aangeven dat we deze in juni beschikbaar komen voor bredere groep, met het streven naar 1 juni. DGV werkt deze Q&A vast uit. Wordt vanmiddag formeel besloten.
- De infographics met de tijdslijn en gedragsadviezen worden vandaag afgerond obv de besluitvorming vanmiddag
- Besproken aanpassingen:
  - Zelfde ankers gebruiken als in de brief:
    1. zorg voor kwetsbare mensen
    2. capaciteit
    3. zicht op verspreiding
  - Geen getallen noemen bij zorgcapaciteit, en geen/weinig woorden maar plaatjes voor de ankers
- DCo stemt aanpassingen af met DGV – een nieuwe versie is om 12 uur klaar voor torentjesoverleg

To do voor vandaag

- DGV maakt instructie bron- en contactonderzoek
- DGCZ en dPG afstemmen mondkapjes instructie af met MMZS
- DGLZ zorgt dat de nieuwe regeling verpleeghuizen wordt toegelicht en dat alle stakeholders die hetzelfde uitleggen
- NCTV kijkt naar de gedragsadviezen
- DGV, Daphne, Bart en Mark lezen mee met de speech
- In het torentje komt een lijst met woorden die niet consitent worden gebruikt aan de orde, voorbereid door DCo
- Rondom adviezen OV vanuit VWS meekijken dat de verplichting alleen op reizigers ziet, werknemers mogen het ook maar zijn niet verplicht (Opletten dat andere departementen niet bonden van andere sectoren willen behagen waarbij er straks meer komt dan in de zorg het geval is).
- NCTV voegt vliegen en grensverkeer toe aan de besluitvorming voor MCCb. Er moet een Q&A worden voorbereid voor vanavond irt vooruitkijken richting vakanties in buitenland. I&W aan de lat voor vliegen en BZ voor grensverkeer.
- Alleen Jaap gaat naar de technische briefing
- Er komt een aparte brief met reactie op de vraag om een OMT-stuk

Afstemmingsoverleg 11 mei

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	11 mei 2020 9:30-10:30
Volgend overleg	12 mei 2020 10:45-11:45
Aanwezigen:	
Hugo de Jonge (MinVWZ)	
Martin van Rijn (MinMZS)	
(10)(2e) (10)(2e) (Stas)	
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGCZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)	
(10)(2e) (CZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCC)	
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)	

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 11 mei

Kamerbrief

- I.v.m. planning komende week (maandag 18 mei OMT, dinsdag 19 mei MCCb en persconferentie, woensdag 20 mei debat), gaat vrijdag de conceptbrief in de tas en morgen de inhoudsopgave van de brief. Daarbij doen we geen Kamervragen meer af in de brief.
- DCo zorgt voor een outline van de speech en een voorstel taakverdeling speech in de weekendtas en evt. vrijdag in torentjesoverleg.

'Remstrategie'

- dPG kijkt naar een goede deelname voor het overleg tussen 14-15 uur om de strategie beter uit te schrijven en de 'remstrategie' met waar sturen we op, toe te voegen.
- De opbrengst wordt morgen ingebracht in het overleg met MMZS en RIVM over publicatie en gebruik van cijfers.
- Woensdag wordt er nog een extra overleg over ingepland, zodat er donderdag een versie voor het torentje ligt, en de strategie en remstrategie dan vrijdag in de MR voorliggen. Deze tekst moet uiteindelijk in de brief komen.
- Van het strategiestuk wordt ook steeds een simpele versie gemaakt die meegegeven kan worden aan verschillende deelnemers aan avondtalkshows.
- dPG zorgt voor een uitwerking van de eerdere 'piramide' met een combinatie van indicatoren en signaalwaarden. LZ sluiten hierbij aan. Naast R0 en aantal besmettingen moet er ook aangesloten worden bij de oorzaak van het probleem (stijging besmettingen), en moet er een second best scenario ontwikkeld worden voor het geval je deze niet weet. Er wordt daarnaast gekeken naar hoe dit precies in UK en Duitsland is uitgewerkt en er wordt gekeken of er mogelijkheden zijn om te onderscheiden in regio's.

Locatiedata

- dPG bereidt een call voor morgen voor met NCTV, EZK en RIVM over de inzet voor het overleg over locatiedata op woendag met de AP.
- MVWS sluit woensdag ook aan bij het gesprek tussen MJenV en AP.

Toelichting: Het doel van locatiedata verkrijgen van telecomproviders is niet handhaven. Als de uitkomst van gesprek woensdag is dat toch de wet gewijzigd moet worden dan maken we een spoedwet waar ook de handhaving in mee genomen kan worden.

Technische briefing

- De technische briefing voor volgende week is met (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) en gaat daarnaast over bron & contactonderzoek i.c.m. testen.

Sectoren

- MMZS heeft deze week een gesprek met de KNVB en de sportscholenbranche ihkv follow up en nazorg. Het RIVM neemt deel aan overleg met sportscholen i.v.m. discussie risico aerosolenverspreiding terwijl ze ook een goedgekeurd protocol hebben.
- DGV organiseert een overleg tussen MVWS en de evenementenbranche (via EZK aangevuld met cultuursector).
- DGV regelt dat iemand van VWS aanwezig is bij het overleg tussen MJenV, MEZK en Koninklijke Horeca NL. DGV spreekt om 12 uur voor met MVWS hoe volksgezondheidsperspectief bewaakt wordt.
- DGV/DGLZ maken woordvoeringslijn en stuk voor brief in reactie op het artikel in Trouw over testen in verpleeghuizen, o.b.v. wat al was aangeleverd aan Trouw maar niet is gebruikt. Belangrijk punt is dat in de periode 10-20 maart gold: ga niet naar werk met klachten.
- DCo plant deze week een overleg met MVWS en MMZS over het uitgewerkte narratief PBM.

Testen en traceren

- DGV/Inge plant deze week overleggen in over het opschalingsplan testen en traceren; na het overleg vanmiddag is er morgen eind van de middag overleg met DPGen over – er moet nog worden besloten wanneer het plan naar (10)(2e) gaat ter voorbereiding.

Vaccinatie

- DGV geeft RIVM vast opdracht tot bestellen van meer vaccins dan de nu bestelde 3,68 mln waarmee 60% van de (zorg)doelgroep wordt bereikt. Stas bespreekt in preventiestaf hoe meer zorgpersoneel gevaccineerd te krijgen en of eventueel verplichten van vaccinatie voor zorgpersoneel overwogen moet worden.

Innovatieve behandelingen

- dPG geeft MVWS aan het eind van de dag een update over het besluit om van een Deense partij innovatieve behandelingen te kopen. DGV gaat de stavaza bij Sanquin na bij GMT.

Routekaart verpleeghuis-/gehandicaptenzorg

- DGLZ werkt met verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg aan een routekaart – om de sectoren mee te nemen in de mogelijke versoepelingen in vooral de intramurale zorg. Vervoer naar dagbesteding wordt daar ook in meegenomen.
- In de volgende brief moet een grote groep verpleeghuizen worden toegevoegd aan de nu 25 verpleeghuizen die de bezoekersregeling aan het uitproberen zijn.

Toelichting: IGJ belt momenteel instanties die helemaal geen openstelling hebben. Dit kan net de extra bevestiging geven om te gaan versoepelen.

287525

Mondkapjes

- MMZS belt met FIN over het voorstel voor tijdelijk 0% btw op mondkapjes. In de communicatie moet aandacht gegeven worden dat we dit alleen doen omdat we het voor OV verplicht stellen – om proberen te voorkomen dat we mondkapjes in het algemeen stimuleren terwijl we dit niet willen uitstralen.

287526

Afstemmingsoverleg 28 mei

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	28 mei 2020 10:45-11:45
Volgend overleg	2 juni 2020 10:45-11:45

<u>Aanwezigen:</u>
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (10)(2e) (Stas)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (RIVM)
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (DMO)
(10)(2e) (WJZ)
(10)(2e) (10)(2e) (dPG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 28 mei
Brief aanvraag OMT-advies De tekst over 'zingen in de kerk'' moet nog verder aangescherpt worden in afstemming met **JenV en adviseur DGV**. Om 13.00 moet er een nieuwe versie liggen die getekend kan worden.
Spoedwet De consultatie van de tijdelijke wet COVID is nog niet gestart, er wordt op groen licht gewacht van BZK en JenV. *Toelichting:* - Het is nog de vraag welke consultatietermijn gaat gelden.
Telecomwet **MinVWS** is akkoord met de huidige versie van de wijziging van de telecomwet. *Toelichting:* - Het is goed verbeterd na het advies van de RvS. - Staatssecretaris van EZK moet het voorstel nu indienen.
Inhoudsopgave Kamerbrief Voor het weekend worden de stukken teksten waarvan we verwachten dat deze niet meer zullen wijzigen aangeleverd aan BWP. *Toelichting* - De volgende stukken worden aangeleverd voor het weekend: inleiding, toerisme (tekst aangeleverd

287526

door JenV), testen en bron- en contactonderzoek (inclusief update app), vaccins, innovatieve behandelingen, preventie en leefstijl (inclusief sport), PBM's, zorg voor patiënten, bonus zorgmedewerkers (procestekst). Eventueel: routekaart kwetsbare personen.
- In een volgende brief zal het stuk over de arbeidsmarkt worden opgenomen.
- Na het weekend: dashboard en Caribisch NL.

PBM's

Er wordt gewerkt aan een feitenbasis door **DGV**. Vrijdag gaat in de tas mee wat er tot nu toe ligt.

Toelichting:

- Het kost veel tijd om de hele feitenbasis goed op orde te krijgen. Dit moet worden gedaan door medewerkers die nu ook nog vol in de crisis zitten.
- Het is wel handig om een deel voor het debat op papier te hebben staan.
- Morgen komt een groepje medewerkers samen. Zij vullen het bestaande overzicht aan, deze versie gaat mee in de tas van de bewindspersonen dit weekend. Deze versie hoeft dus niet klaar/perfect te zijn.

Caribisch Nederland

Toerisme: Cariben wordt meegenomen in BWP-overleg van morgen.

Toelichting:

- Is een OMT-advies nodig?

WOB-verzoeken

WJZ plant afspraak in met betrokken journalisten om proces omtrent WOB-verzoeken toe te lichten.

WJZ maakt aparte Kamerbrief inzake proces WOB-verzoeken.

Toelichting:

- Er zijn 57 WOB-verzoeken binnengekomen.
- Er wordt begonnen met de WOB-verzoeken van de journalisten.
- WOB-verzoeken worden per 1 juni in behandeling genomen.

NVWA rapport

DGV toetst rapport NVWA over transmissie in horeca door middel van glazen en servies bij RIVM.

Toelichting:

- Richting JenV.
- Verwerken in protocol.

Pers

DCo legt reactie omtrent rol McKinsey bij bron- en contactonderzoek neer bij **MinVWS**.

287527

Afstemmingsoverleg 13 mei

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	13 mei 2020 10:45-11:45
Volgend overleg	14 mei 2020 10:45-11:45
Aanwezigen:	
Hugo de Jonge (MinVWZ)	
Martin van Rijn (MinMZS)	
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (WJZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (MEVA)	
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCC)	
(10)(2e) (DCC)	

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 13 mei

Spoedwetgeving Covid-19 (toelichting (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) WJZ)

- WJZ maakt een annotatie voor het bewindspersonenoverleg a.s. vrijdag met BZK en MJenV over de nieuwe Covidwet. Uitgangspunt is dat we de wet niet willen tegenhouden maar wel de onderdelen die de WPG ondermijnen. WJZ betrekt daarbij NCTV ivm het gezamenlijke belang bij de rol van Veiligheidsregio's.

Toelichting: De nieuwe Covidwet moet vrijdag klaar zijn voor consultatie voor het bewindspersonen overleg. Vraag is of de VR een plek krijgt in de wet. BZK wil van noodverordening af, omdat de VR niet democratisch gelegitimeerd is. Echter wordt er door MVWS verantwoording afgelegd in het parlement. Ook de vraag of deze wet de WPG niet ondermijnt. Het is namelijk belangrijk bij een tweede golf de wpg te kunnen inzetten en strakker te kunnen ingrijpen. De covid-wet zal voor de duur van Corona zijn.

Advies Chief Nursing Officer (toegelicht door (10)(2e) MEVA)

- dMEVA maakt een procesbrief aan de Kamer om het advies van de Chief Nursing Officer aan te bieden wat vanmiddag komt en morgen met de bonden wordt besproken, en legt deze voor het uitsturen nog eerst voor aan MVWS.

Toelichting: Er is een advies over draagkracht onder de verpleegkundigen. In het advies wordt gesproken over arbeidskrapte, ziekteverzuim en psychische belastbaarheid. Vervolgens is er een ketenbrede visie nodig; je creëert een waterbed effect als je personeel op andere plekken inzet. Er moet één programmatische aanpak komen. Voorstel is dit advies met een procesbrief naar de Kamer te sturen.

Proces

- MVWS kijkt met DGV naar nazending OMT aanvraag voor deze uitgaat – het is belangrijk dat de voorstellen van andere departementen worden voorgelegd met het verzoek om reactie te geven op het te verwachten gezondheidseffect.
- DGV kijkt ook of het MBO daarin nog moet worden meegenomen. De aanvraag wordt ook met de DPGen gedeeld.
- Daarnaast kijkt DGV met RIVM op welke manier appreciatie van de controlestrategie moet landen – in een aparte OMT aanvraag of in gesprek met RIVM. Er moet een reactie voorbereid worden op de alternatieve strategie die containment.nu vandaag naar buiten zal brengen.

Toelichting: De OMT aanvraag moet vandaag uit. Vrijdag wordt een concept versie van de huidige strategie en controlestrategie in het torentje besproken.

Wijziging telecomwet

- dPG met WJZ zorgen dat alles mbt de gevraagde PIA is aangeleverd bij de Autoriteit Persoonsgegevens vandaag. MVWS wil de memorie van toelichting op de spoedwet die vrijdag in de MR voorligt zien, advies moet vandaag mee in de tas.

Toelichting: Vrijdag ligt de spoedwet voor in MR.

Toerisme

- MVWS vraagt NCTV om eigenaar te worden van het toerisme dossier omdat er consistentie nodig is mbt reizen en maatregelen. DGV vraagt dIZ om een overzicht van wat er in de vandaag gepubliceerde EU guidelines over toerisme staat.

Toelichting: Er is onduidelijkheid over wie eigenaar is van toerisme. IenW gaat over vliegverboden, BZ geeft reisadviezen en uiteindelijk komt dit dossier steeds terug. Vandaag moet eigenaarschap daarom besloten worden. Mbt reisadviezen is de lijn vooral dat Nederland geen magneet wil zijn en het ook niet gewenst is dat Nederlandse naar besmette gebieden afreizen.

Innovatieve behandelingen

- PG bereidt met GMT input over innovatieve behandelingen voor, naar verwachting kan met de info vanuit SWAB komende week info liggen bij het vaccinteam. Daarbij wordt de update mbt plasmabehandelingen van dGMT betrokken.
- Griepvaccinatie wordt vanmiddag apart besproken met DGV.

App

- SG plant een apart overleg om MVWS bij te praten over de apps.

Toelichting: Proof of concept gaat in de laatste week van mei spelen en in juni start dan het experimenten met de digitale app.

Steunpakketten

- DGLZ spreekt met EZK en FIN over het steunpakket irt voorschotten aan de gemeente voor jeugd en sociaal domein. GGD vergoedingen hoeven daar niet in worden meegenomen want heeft de voorkeur om direct vanuit VWS te laten plaatsvinden.

Vijfhoek

- dMEVA stemt inbreng VWS in ambtelijke vijfhoek vrijdagochtend af met MVWS en MMZS.

Inhoudsopgave kamerbrief 19 mei

- Het verhaal over de fasen moet opnieuw verteld worden, gevolgd door toelichting we in de

controlefase de nieuwe controlestrategie gaan toepassen. Dus punt 1,2 en 4 samenvoegen in een verhaal. Dan deel over de ankers, dan de overige punten. Communicatie blok is in deze fase met gedragsregels en nudging juist nodig, dus moet worden opgenomen.

- DCo maakt voor het weekend het narratief over PBM af. Daarnaast halen GMT en DGLZ stukken bij elkaar uit de technische briefing en het RIVM filmpje over de zin en onzin van mondkapjes, niet perse voor brief of debat maar er moet een plek komen om dit in de communicatie te nuanceren.

Toelichting: Inzet is in de buurt van 20 kantjes te komen bij de volgende Kamerbrief. Vraag is hoe we omgaan met publiekscommunicatie en het verhaal over het nut van mondkapjes.

Afstemmingsoverleg 26 mei

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	26 mei 2020 10:15-11:15
Volgend overleg	27 mei 2020 10:45-11.45
Aanwezigen:	
Hugo de Jonge (MVWZ)	
Martin van Rijn (MMZS)	
(10)(2e) (Stas)	
(10)(2e) (DGV)	
(10)(2e) (DGCZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (IGJ)	
(10)(2e) (10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)	
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)	
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PG)	
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)	

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 26 mei

Proces Kamerbrief/debat:

- Volgende week is nog een MCCb, daarom wordt bij het huidige ritme gebleven qua proces van de brief. Daarna gaat ieder departement over naar zijn eigen brieven die vervolgens kunnen worden ingebracht in onderraad en MR.
- Bij het afstemmingsoverleg donderdag wordt procesvoorstel en inhoudsopgave voor de brief besproken.
- GL vraagt om plenair debat volgende week met zorgwoordvoerders. Er wordt dan uitgegaan van een zorgdebat, indien toch andere thema's besproken dienen te worden, wordt het debat met MP.

Toelichting: De Kamerbrief wordt opnieuw een overkoepelende brief. Vanuit zorg komt een nieuwe insteek op vaccinatie (internationaal samen optrekken), behandelingen en preventie. Verder volgt een update over dashboard, opschalen zorg, horeca. Nertsen volgt in een aparte brief en dit geldt wellicht ook voor slachthuizen. Het traject van de Covidwet volgt niet in deze brief. Tekst over toerisme levert J&V aan.

Stavaza nertsen

- Vanmiddag is een GBT (gezamenlijk beleidsteam) waarin beleidsopties doorgesproken worden. Daaruit volgt een gezamenlijke Kamerbrief met LNV.

Stavaza slachthuizen

- PG heeft contact met RIVM betreffende vragen die gesteld zijn richting het OMT en richt samen met de GGD het testen en bron- en contactonderzoek in. VWS trekt in dit dossier samen met LNV op.
- Er dient een overleg te komen met de verschillende betrokken departementen om dit dossier goed te beleggen.

Toelichting: Het is een omvangrijke klus die er voor de GGD bijkomt. Daarbij lijkt de problematiek niet zozeer in

de slachthuizen te liggen als wel in vervoer en huisvesting van arbeidsmigranten.

Sportscholen en sauna's

- N.a.v. het OMT-advies bereidt MMZS voor het MCCb van woensdag de besluitvorming voor de openstelling van deze sector voor.
- MMZS bekijkt hoe om te gaan met dat deel van het OMT-advies dat hiervoor openbaar moet komen.

Testen & tracen

- MVWS kondigt morgen aan dat vanaf 1 juni gestart wordt met iedereen testen waarbij meegegeven wordt dat er mogelijk opstartproblemen kunnen zijn.
- MVWS heeft hierover vandaag nog overleg met de GGDen. Mocht 1 juni m.b.t. tot het IT-systeem echt te risicovol zijn, dan zal het besluit wijzigen tot een latere startdatum.

Telecomwet

- Raad van state heeft hun advies gegeven. PG stuurt dit door aan MVWS. De punten worden vandaag doorgevoerd.

Casuïstiek kwakzalverij

- IGJ kijkt mee op casuïstiek wat betreft een huisarts en kijkt met GMT mee naar de beantwoording van Kamervragen gesteld door FvD. Hierbij wordt verwezen naar SWAb en vereniging voor kwakzalverij.

Testen materiaal

- Er is aan het AD gevraagd of hun onderzoek verkregen kan worden over het materiaal in verpleeghuizen. Daarop volgt mogelijk nog een tweede reactie.
- Momenteel wordt onderzoek gedaan naar de levering van mondkapjes van een Nederlands bedrijf. DGCZ en IGJ bekijken hoe voor kleine zorgaanbieders het makkelijker gemaakt kan worden om materiaal te laten testen.

Overig

- DGLZ gaat na hoe het zit met de duur van de compensatie voor de gemeente voor het verhuren van sportaccommodaties.
- Koepels geven aan dat voldoende PBM beschikbaar is. DGCZ vraagt tijdens het koepeloverleg a.s. donderdag of zij vervolgens ook beschikbaar kunnen zijn voor vragen vanuit zorgmedewerkers.
- Er wordt bij SG en WLZ nagevraagd of voorbereiding klaar is betreft WOB-verzoek dat volgende week naar buiten komt.
- Er zijn toenemende zorgen over wat er achter voordeuren gebeurt bij eenzame ouderen. IGJ is bezig met een belronde en wijst organisaties op waar ze hulp kunnen krijgen. dDMO en IGJ bekijken samen welk handelingsperspectief er is.

287530

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Bureau Bestuurlijke-politieke advisering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T (10)(2e)
F (10)(2e)
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) DGV

T 070-(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl

Datum
25 mei 2020

Aantal pagina's
2

verslag

Betreft	MT DGV
Vergaderdatum en -tijd	18 mei 2020 12:30-13.30 uur
Vergaderplaats	Telefonisch
Aanwezig	(10)(2e), (10)(2e), VGP), (10)(2e) (PG), (10)(2e) (S), (10)(2e) (IZ), en (10)(2e) (BPZ, verslag)
Afwezig	DGV, (10)(2e) (PG)

1. Opening en actualiteiten

a. Actualiteiten directies

IZ:
- De Adviesraad Internationale Vraagstukken heeft een advies uitgebracht over de wereldwijde COVID-19 aanpak en de rol van Nederland en de EU daarin. Daarin wordt ook aangegeven dat het Kabinet een groot bedrag moet reserveren voor hulp aan andere landen. Dit zal binnenkort in een onderraad worden besproken.

Sport:
- Een groep sportscholen heeft een kort geding aangespannen waarin zij aanvechten dat zij in principe tot 1 september gesloten moeten blijven.
- De branche komt deze week met voorbereiding voor het OMT.
- Deze week zijn er weer gesprekken met de KNVB.
- Daarnaast speelt het vraagstuk rondom sportkantines en het wel/niet open kunnen in verhouding tot de horeca.
- Met de VNG en BZK zijn er tevens gesprekken over de financiële consequenties van COVID-19.

PG:
- Gaan met VNG is gesprek over de extra kosten gemaakt door de GGD'en. Vraag is hoe deze het beste gedekt kunnen worden.

b. Terugkoppeling BR/BWP
- In de PBR is besproken dat er scenario's worden uitgewerkt voor hoe straks te werken in het pand, hoewel nog niet duidelijk is wanneer dat weer mogelijk is.
- In de BRBV is over over- en onderbelasting van mensen gesproken.

2. Beleid
Preventie in de contourennota:
- Aan bewindspersonen is voorgelegd hoe zij om willen gaan met vervolg van de contourennota.
- De wil en aanleiding om met het traject verder te gaan zijn er nog, maar de planning zal worden aangepast en er wordt een duidelijke relatie gelegd met de aangepaste VTV (die kijkt naar de effecten corona).
- Het 2 wekelijkse agendapunt op dit MT kan voorlopig van de agenda.

Kennisplatform preventie
PG en DVGP vragen zich af of de agenda niet te integraal wordt? Afgesproken wordt dat er nog een aantal weken wordt genomen om verder uit te werken en af te stemmen.

Rapportenoverzicht RIVM
Geen bijzonderheden.

3. Collegiale toetsing
-

4. Sluiting
-

Te volgen procedure bij publicatie SCP rapporten/beleidssignalementen[1]

I Rapporten

- Indien ik onder embargo een rapport ontvang van het SCP is de eerste vraag die beantwoord moet worden: **is VWS 'opdrachtgever" van het rapport?** =>
  a) dit blijkt i.h.a. uit het rapport (voorwoord)
  b) bij twijfel/onduidelijkheid dient e.e.a. bij het SCP te worden nagegaan

  - **Ja =>**
    - Checken in het overzicht van (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ('Voortgangsverslag SCP') welke VWS-collega inhoudelijk betrokken is bij het rapport óf dit bij het SCP (contactpersoon rapport op persbericht) nagaan.
    - Dit 'aanspreekpunt' moet gecontacteerd/geïnformeerd worden (voor zover hij daar nog niet van op de hoogte is). Aan hem moet worden gevraagd een korte samenvatting van het rapport en een reactie + eventueel een woordvoeringslijn op te stellen en per e-mail aan Dco (alle woordvoerders cc de PA van de minister, (10)(2e) (10)(2e)) te sturen.
    - Indien er sprake is van onderwerpen die meerdere directies bestrijken, stemt het aanspreekpunt af met andere directies (en evt. andere betrokken departementen).
    - VWS heeft aan de TK toegezegd beleidsrelevante rapporten naar de TK te sturen => Het SCP stuurt echter altijd zelf al de rapporten aan de TK (zie mail SCP (10)(2e) (10)(2e)).
    - Het aanspreekpunt bepaalt of er nog een beleidsreactie op het rapport moet komen en draagt hier zorg voor (termijn: binnen 3 maanden na publicatie).
    - Het aanspreekpunt verspreidt het rapport onder relevante beleidsmedewerkers VWS.
    - Het aanspreekpunt zet de accounthouder SCP in cc bij alle communicatie over het rapport

  - **Nee =>**
    - Rapport van algemene strekking:
      De accounthouder SCP stelt een korte samenvatting op inclusief een eventuele woordvoeringslijn van een paar regels en stuurt dit per e-mail aan alle woordvoerders, cc aan de adviseur vd minister (en/of stass).

      vb: "De sociale staat van Nederland 2019" (over de kwaliteit van leven van Nederlanders)
    - Rapport dat raakt aan specifieke VWS onderwerpen:
      De accounthouder SCP stelt een samenvatting op en stemt per e-mail met/via de kenniscoördinatoren af welke directie betrokken dient te worden bij het opstellen van een reactie.
      De accounthouder SCP bundelt de reacties en stuurt een e-mail

[1] Deze procedure heb ik d.d. 4-9-2019 tel met (10)(2e) (10)(2e) (MEVA) besproken en is gebaseerd op de wijze waarop hij dit grosso modo doet.

287533

(samenvatting rapport en reacties v verschillende directies) aan de woordvoerders, cc aan de adviseur vd minister (en/of stass).

vb: Burgerperspectieven 2019/2 met als thema 'Zorgen over de zorg'.

- Bij ongevraagde rapporten is het veel minder duidelijk of er wel/niet een beleidsreactie moet worden opgesteld. Standpunt: wachten totdat de Kamer d.m.v. een Commissiebrief om een beleidsreactie vraagt.[2]

<u>NB: zowel gevraagde als ongevraagde rapporten van het SCP moeten door de accounthouder SCP op lijst A van de Rapportenkalender worden geplaatst</u>

II Beleidssignalementen

- Toelichting SCP:
  'Vanuit onze taak om met onafhankelijke wetenschappelijke kennis bij te dragen aan beleid op sociaal en cultureel terrein, heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) de maatregelen bij de aanpak van de Coronapandemie op de terreinen die het dichtst op ons werkveld staan, tegen het licht gehouden en op basis van bestaande kennis een eerste – zeer voorlopige – schets gemaakt van mogelijke maatschappelijk gevolgen. Dit doen wij mede ten behoeve van het werk van de Nationaal Coördinator Terrorismebestrijding en Veiligheid (NCTV) en de besluitvorming door het kabinet.
  In de bijlage vindt u een conceptversie van onze notities die vandaag ook naar de NCTV gegaan is. Het concept is inhoudelijk compleet, maar nog niet geredigeerd op tekst en opmaak en dus niet gereed voor publicatie op onze website. Om de inzichten zo snel mogelijk ter beschikking te stellen, zodat deze meegewogen kunnen worden in de beleids- en besluitvorming tijdens de crisis, krijgt u ze onder embargo met het verzoek er niet met media of in de openbaarheid over te spreken voor we deze uitbrengen op donderdag 7 mei.
  Het SCP heeft in het bijgevoegde beleidssignalement een eerste aanzet gedaan om vanuit bestaand onderzoek te beschrijven welke maatschappelijke gevolgen we zien optreden en verwachten naar aanleiding van de coronamaatregelen van de overheid.
  We spreken nadrukkelijk van reflecties, want het gaat om een unieke situatie waar we nog geen afgerond onderzoek over hebben. We hebben vanuit eigen SCP-onderzoek, aangevuld met literatuur van anderen, doordacht wat deze maatregelen kunnen betekenen in sociaal en cultureel opzicht voor werk, zorg, onderwijs, vrije tijd en asielzoekers.
  De komende tijd vullen wij deze eerste tranche beleidssignalementen aan met nadere inzichten uit onze gegevensbestanden, de literatuur en met nieuw onderzoek waarin wij verder vooruit kijken, naar maatschappelijke gevolgen van de coronacrisis en hoe deze de ervaringen van burgers, hun leefsituatie en mogelijk gedrag beïnvloedt. In samenwerking met anderen (zoals de collega planbureaus, het RIVM en de SER) zullen wij hiermee de komende tijd onze adviserende rol invullen.

- De accounthouder SCP stuurt de beleidssignalementen aan

  - De woordvoerders met de opmerking dat deze <u>ter informatie</u> worden toegestuurd, maar dat er geen separate beleidsreactie van VWS op geformuleerd zal worden[3]

[2] E.e.a. besproken met (10)(2e) (10)(2e) d.d. 19-5-2020

[3] D.d. 9-5-2020 met (10)(2e) (10)(2e) besproken: 'Je loopt het OMT en Rutte voor de

287533

- De collega's van DMO
- De collega's van het KCO, maar alleen voor die KC-ers voor wie het inhoudelijk ook relevant is

NB: ook deze beleidssignalementen van het SCP moeten door de accounthouder SCP op lijst A van de Rapportenkalender worden geplaatst

---

voeten als je een aparte beleidsreactie van VWS gaat formuleren'.

287534

Afstemmingsoverleg 7 mei

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	7 mei 2020 10:45-11:45
Volgend overleg	8 mei 2020 09:30-10:30

Aanwezigen:
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) Stas)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (RIVM)
(10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (10)(2e) (SG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (DMO)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCC)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 7 mei

Complimenten

MinVWS complimenteert *medewerkers VWS* voor het werk dat de afgelopen anderhalve week is verzet. 'Waanzinnig!'

Daarnaast: complimenten aan het *schrijfteam burgerbrieven*: er zijn inmiddels meer dan 1500 brieven beantwoord!

Betaald voetbal

DGV gaat gesprek aan met KNVB over mogelijkheden om betaald voetbal eerder te laten starten (bijvoorbeeld zonder publiek), en kijkt daarbij ook naar wat er in het buitenland gebeurt.

Toelichting:

- Hierbij rekening houdend met planning/begin van de competitie. Is het nodig om de maatregel eerder dan 1 september te versoepelen?

Testen en tracing

DGV maakt plan ten behoeve van een andere manier van sturen, gezien de deadline van 1 juni. **DCo** denkt na over een communicatielijn. Deze worden maandag besproken met MinVWS.

Toelichting:

- Testen en tracing is na persconferentie gisteravond nog belangrijker geworden.
- De manier van sturen is nu vooral ingericht op de GGD, en voor richtlijnen het RIVM.
- Het is belangrijk om de eilandjes bij elkaar te brengen.
- Dit vergt een andere manier van sturen en samenwerking tussen VWS, RIVM en GGD, en een andere manier van communiceren.

Volgend OMT-advies
DGV stuur morgen (vrijdag) vragen voor een nieuw OMT-advies in. Het advies wordt niet deze maandag verwacht, maar de maandag daarop. *Toelichting:* - Vragen aan het OMT: bekijken of we alleen advies vragen over de tweede batch, of ook een doorkijkje naar de derde batch vragen, en/of losse onderdelen uit andere batches die we mogelijk naar voren willen halen (bijvoorbeeld betaald voetbal).
Bezoekersregeling ouderen thuis
RIVM zoekt uit of specifiek over bezoek aan ouderen thuis een nieuw OMT advies moet komen en informeert VWS einde van de dag. *Toelichting:* - Advies is beperkt voor mensen die dreigen in een isolement te komen, maar in de praktijk wordt het advies breder geïnterpreteerd.
Planning komende tijd
Nieuwe brief in de week van 20 mei; maandag OMT, dinsdag ICCb/MCCb en woensdag debat. *Toelichting:* - In verband met Hemelvaartsdag aangepaste planning.
Sturingsinformatie c.q. parameters
DGV plant volgende week overleg in met **MinVWS, MinMZS, DGLZ** en **RIVM** over indicatoren en parameters omtrent wanneer versoepelingen geremd danwel teruggedraaid moeten worden. *Toelichting:* - Hierbij kijken naar de verschillende indicatoren (R0, het aantal besmettingen en de IC-capaciteit/opnames). - Daarnaast: bespreken voorstel RIVM om in plaats van dagelijks de cijfers te rapporteren dit twee keer per week te gaan doen. RIVM kan de cijfers op deze manier meer in context van de trend plaatsen, en meer duiding geven. - De vraag is: hoe nemen we mensen mee in deze verandering? - Hierbij ook nadenken over de timing van het aanpassen van het ritme, en meenemen in volgende Kamerbrief.
Technische briefing
dPG stuurt een overzicht van aandachtspunten uit de technische briefing. *Toelichting:* - Vragen over mondkapjes: hoe zit het hiermee, en waar kunnen we die halen? - Er komt een instructie op de website.
Hoorzitting volgende week
Volgende week is er een hoorzitting in de TK over ouderenzorg. *Toelichting:* - Enige genodigde is (10)(2e) (10)(2e).

287534

- Nadenken over hoe we ook andere mensen aan tafel krijgen.
Debat vanmiddag **IGJ** bereidt **MinVWS** voor het debat voor over het bericht dat IGJ adviseert te testen via GGD/artsen, en niet via nieuwe aanbieders die allerlei testen aanbieden. *Toelichting:* - Voorbereiding van debat vanmiddag vindt bij **AZ** plaats om 12.30 uur.
DGCZ maakt een plan voor de uitvoering van de gecommuniceerde opschaling van IC-capaciteit.
DCo stuurt later vandaag per mail een invulling van de Dag van de Verpleging.

Afstemmingsoverleg 18 mei

PROCES

Crisis Coronavirus

Datum, tijdstip en locatie	18 mei 2020 9:15-10:15
Volgend overleg	19 mei 2020 10:45-11.45

Aanwezigen:
Hugo de Jonge (MinVWZ)
Martin van Rijn (MinMZS)
(10)(2e) (Stas)
(10)(2e) (10)(2e) (SG)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)
(10)(2e) (IGJ)
(10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 18 mei

Proces deze week

- De deadline voor de nieuwe versie van de **Kamerbrief** is vanavond 20.00 uur bij de bewindspersonen. De brief wordt vervolgens morgen in het afstemmingsoverleg besproken.
- DGLZ levert nog teksten voor gehandicapten- en verpleeghuiszorg voor de **speech**.
- dPG werkt met J&V aan de **aanwijzing**, dient vanmiddag klaar te zijn voor het veiligheidsberaad.
- Het **OMT-advies** volgt deze ochtend.
- Bij de **technische briefing** van 20 mei sluiten (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) aan. Vanuit de Kamer is een inventarisatie voor onderwerpen gekomen, waaronder opschaling reguliere zorg. Er wordt daarom nog gekeken of (10)(2e) (NZa) aansluit.
- De beantwoording van de set **Kamervragen** wordt geprobeerd deze week aan de Kamer te sturen. Indien het volgende week wordt, dient de beantwoording geüpdate te worden.

Werkgroep sociale impact coronacrisis

- Intern wordt deze week een plan gemaakt voor deze werkgroep en een afspraak met de leden van de oorspronkelijke werkgroep volgt volgende week.

Toelichting: Deze werkgroep is een vervolg van een werkgroep o.l.v. (10)(2e) (10)(2e) die een adviesrapport op dit thema heeft gemaakt. Het wordt een interdepartementale werkgroep van BZK, SZW, OCW, J&V en VWS waarbij zowel op de korte als lange termijn naar de impact wordt gekeken.

Narratief op testen en PBM:

- Het overzicht en de tijdslijn moet nog compleet gemaakt worden. Dit moet volgende week afgerond worden, deze week ligt de focus op de Kamerbrief. Mediavragen komen ook nu al binnen.

Vaccinatiestrategie

- Vanmiddag is overleg over de strategie betreft de productie van vaccinaties, waarbij de planning voor

bespreking in MR ook besproken wordt. Goed om alle drie de bewindspersonen betrokken te houden. Daarnaast is het van belang ook nu vast Financiën mee te nemen.

Toelichting: MVWS heeft afgelopen vrijdag met zijn Duitse collega gesproken over dit onderwerp en daarbij aangegeven graag met Duitsland op te trekken.

Telecomwet

- Proces: De adviesaanvraag aan de Raad van State gaat vandaag uit en er volgt nog een gesprek met MVWS, StasEZK en de AP. De wet wordt vervolgens woensdag in de MR besproken, vrijdag volgt het RvS advies en daarna kan het worden aangeboden aan de Kamer.
- PA MVWS bespreekt met Stas EZK het proces richting de Kamer.

App

- Er wordt een overleg georganiseerd met de bouwers van de app om met elkaar te kijken waar we staan.

Coronawet

- VWS sluit aan bij het veiligheidsberaad vandaag, waarbij de insteek is om bij ieders rol te blijven en de Wpg niet te ondermijnen.
- Volgende week wordt de wet geagendeerd in het afstemmingsoverleg en 29 mei besproken in de MR.

Toelichting: Dit weekend is vanuit het Veiligheidsberaad een brief gestuurd waarin de voorkeur voor het onderbrengen van de tijdelijke wet Covid-19 in de Wet veiligheidsregio's wordt geuit. Dit wordt vandaag in het Veiligheidsberaad verder besproken waarbij ook aandacht is voor een de financiële vergoeding en de bevoegdheden burgemeester vs. de voorzitter van de Veiligheidsregio. De insteek van VWS is om de wet onder te brengen bij de Wpg.

Internationale vergelijkingen

- IZ maakt voor het debat een overzicht van de strategie van andere landen. In verschillende media is al aandacht hiervoor geweest.

Volledig openen van basisonderwijs

- Planning om per 2 juni het basisonderwijs weer volledig te openen, tenzij hier op dat moment contra-indicaties voor zijn. Dit wordt besloten op 29 mei.

Mondkapjes

- In de Kamerbief komt een passage over LCH waarin uitgelegd wordt dat het LCH juist onderdeel is van de oplossing en niet het probleem.
- DGCZ kijkt naar rol LCH bij het testen van mondkapjes. De route is om bij een ziekenhuis in de regio materiaal te laten testen, maar mocht dit niet kunnen dan kan wellicht het LCH dit faciliteren.
- De mondkapjes in het OV leveren nog veel vragen op (minimum eisen/richtlijnen, mondkapjes voor werknemers NS). MMZS bekijkt met I&W (en EZK) de lijn hiervoor zodat die voor het debat duidelijk is.

Dieren

- DGV sluit aan bij een overleg bij LHV over de corona-uitbraak op boerderijen waar nertsen gehouden worden.

Afstemmingsoverleg 25 mei

PROCES

Crisis Coronavirus	
Datum, tijdstip en locatie	25 mei 2020 9:15-10:15
Volgend overleg	26 mei 2020 10:45-11.45

Aanwezigen:
Hugo de Jonge (MVWZ)
Martin van Rijn (MMZS)
(10)(2e) (Stas)
(10)(2e) (10)(2e) (SG)
(10)(2e) (10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGV)
(10)(2e) (DGCZ)
(10)(2e) (10)(2e) (DGLZ)
(10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (DCo)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PA)
(10)(2e) (10)(2e) (BPZ)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PG)
(10)(2e) (10)(2e) (DCC)

Besluitenlijst afstemmingsoverleg 25 mei

Planning

- Deze week is er MCCb, geen persco, geen brief (behalve over aparte onderwerpen) en geen debat.
- Mogelijk is er volgende week donderdag een debat. PA polst dat bij de Kamer.

Toelichting: Volgende week woensdag is waarschijnlijk de laatste MCCb en persco. Onderwerpen van belang voor de brief zijn: hoe gaan we om met vakanties, vaccinaties en behandeling, preventie, sport en stavaza dashboard.

Toerisme

- Er is in het Hemelvaartsweekend in het torentje gesproken over toerisme, er moet deze week een OMT-aanvraag liggen. Vanmiddag is er een intern overleg bij DGV met focus op de gezondheidsaspecten, daar komt een houtkoolschets uit.

Dashboard

- Project dashboard moet vandaag opgestart worden inclusief betrokkenheid van het LOT-C. PG organiseert vanmiddag telefonisch bijpraatmoment met MVWS. Op te leveren resultaten zijn: vastgestelde indicatoren, signaalwaarden daar waar het kan, vorm van het product, periodiciteit, mogelijke internationale samenwerking.

Slachthuizen

- MVWS geeft aan MLNV aan dat er vandaag reeds gecommuniceerd kan worden over het testen van alle slachthuizen. DGV informeert ook GGD NL. MLNV wil vandaag ook een brief uitsturen.
- DGV neemt in het traject ook andere situaties waar in koelhuizen wordt gewerkt mee, en kijkt met SZW naar waar risico's voor verspreiding irt arbeidsmigranten spelen.

287536

Nertsen

- Vandaag is er een technische briefing over de nertsen en deze week debat. Morgen of overmorgen moet er daarom een overleg komen tussen MLNV en MVWS over de zoönosestructuur. MVWS moet daarvoor op de hoogte worden gebracht over regie vs. doorzettingsmacht.

Mondkapjes

- DCo en DGLZ zorgen dat de storyline over mondkapjes en de vooruitblik naar hoe op lange termijn inkoop en productie eruit moeten zien deze week uit gaan.

Toelichting: De storyline is ook van belang voor de Kamervragen die er liggen. Belangrijk om op basis van de feiten het verhaal te schrijven. Wat betreft de lange termijn inkoop en productie is een overleg met EZK, LCH en VWS.

Covid-wet

- Woensdag is er een vervolgoverleg over de Covid-wet. MVWS wordt daarvoor door PG en WJZ bijgepraat over de inhoudelijke toegevoegde waarde en relatie met de noodverordening.

Bron- en contactonderzoek

- Woensdag moet er een knoop worden doorgehakt over bron-en contactonderzoek per 1 juni. In de communicatie moet meteen het landelijk nummer en de website worden meegenomen. Vanmiddag neemt DGV met MVWS door hoe het eruit komt te zien.
- PG kijkt met WJZ of de gegevens die verzameld worden door de horeca gebruikt kunnen worden bij bron- en contactopsporing.

App

- SG informeert MVWS over samenhang inhoud en juridische aspecten van het starten met de testversie van de app. Er moet duidelijkheid komen vanuit DI, PG en WJZ over de noodzaak om de Wpg hiervoor aan te passen voor woensdag (het overleg over de Covid-wet).

Werkgroep sociale impact coronacrisis

- SG kijkt mee op de brief van SZW over schuldenproblematiek.
- Stas en MMZS kijken mee met de door de SG opgestelde lijst van projecten waarbij kan worden aangesloten, voor het overleg tussen MVWS en Halsema en Geluk deze week.

Zorgbonus

- DGLZ geeft deze week aan wat de beoogde planning is om de bonussen voor de zorg z.s.m. te kunnen organiseren. Aanbesteding is eigenlijk geen optie vanwege tijd, er wordt nu gekeken naar combinatie van decentrale uitvoering o.b.v. subsidie VWS. MVWS en MMZS bespreken met MP het plan en DGLZ met MINFIN.

Toelichting: Van de aanvankelijke route via nationale aanbesteding wordt afgezien omdat het te veel tijd kost. Er wordt nu naar een vorm van decentrale subsidie gekeken (in de vorm van een bon of geld) of de mogelijkheid van uitkering zonder subsidieaanvraag.

Vaccins

- DGV zorgt dat MVWS en MP een update krijgen over de vaccins. Vanavond is er een call waarin moet worden besloten over met wie we gaan samenwerken.

287543

Modellering van COVID-19 op het RIVM

Versie 25-5-2020
Doelpubliek: Geinteresseerden, professionals, die meer informatie zoeken over doel van website: transparant maken waar alle informatie te vinden is.

Waar kan ik de gegevens vinden die gebruikt worden in modellen?

De gegevens die we gebruiken van aantal en duur van ziekenhuis en IC opnames worden geleverd door de stichting NICE (https://www.stichting-nice.nl/). Het RIVM is geen eigenaar van deze gegevens, maar gebruikt deze gegevens bij het samenstellen van een overzicht van de epidemiologische situatie van COVID-19 in Nederland.

De informatie over aantal nieuwe gemelde gevallen, eerste ziektedag, mogelijke bron, ziekenhuisopnames worden gehaald uit het registratiesysteem OSIRIS waarin de GGD-en meldingen doorgeven aan het RIVM. Gegevens uit OSIRIS worden gepresenteerd in de dagelijkse rapportages over de epidemiologische situatie van COVID-19 in Nederland: https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/actueel RIVMs geen eigenaar van de gegevens, maar beheert het registratiesysteem OSIRIS, en werkt sinds maart 2020 aan het vrijgeven van deze COVID-19 meldingen door de GGD-en, geanonimiseerd en geaggregeerd. Deze gegevens zijn sinds 30 april 2020 online beschikbaar via http://data.rivm.nl/

De gegevens die publiekelijk beschikbaar worden gesteld moeten voldoen aan de wetgeving voor privacy, de Algemene Verordening Persoonsgegevens (AVG).

Waar kan ik de modellen vinden die gebruikt zijn in publicaties voor peer-review?

Onderzoek geleid door RIVM

Onderzoek naar de incubatietijd van COVID-19

Gepubliceerd als
Backer Jantien A, Klinkenberg Don, Wallinga Jacco. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. Euro Surveill. 2020;25(5):pii=2000062.

287543

De publicatie is beschikbaar (open-access)
https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062
https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062

Code beschikbaar als supplementary material
https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062#supplementary_data

Data beschikbaar als supplementary material
https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062#supplementary_data

Over de transmissie van COVID-19 in Nederland

Gepubliceerd als
De COVID-19-epidemie: indammen en afvlakken: Bestrijdingsmaatregelen tegen piekbelasting in de zorg
(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4961

Gepubliceerd als (open dossier)
https://www.ntvg.nl/artikelen/de-covid-19-epidemie-indammen-en-afvlakken/volledig

Code beschikbaar als: nvt
Data beschikbaar als: nvt

De impact van COVID-19 maatregelen op aantal contacten per persoon in Nederland

Gepubliceerd als
The impact of physical distancing measures against COVID-19 transmission on contacts and mixing patterns in the Netherlands: repeated cross-sectional surveys
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

preprint op medrxiv

https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.18.20101501v1

Data beschikbaar als
https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.18.20101501v1.supplementary-material

Onderzoek waarbij RIVM modelleurs betrokken waren

Onderzoek naar het serieel interval, de generatie tijd, en de fractie asymptomatische transmissie van COVID-19

Gepubliceerd als
(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) Estimating the generation interval for coronavirus disease (COVID-19) based on symptom onset data, March 2020. Euro Surveill. 2020;25(17):pii=2000257.

De publicatie is beschikbaar (open-access)
https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.17.2000257

Code beschikbaar via
https://github.com/cecilekremer/COVID19

Data beschikbaar via
https://github.com/cecilekremer/COVID19

Onderzoek naar het serieel interval, de generatie tijd, en de fractie asymptomatische transmissie van COVID-19

Transmission interval estimates suggest pre-symptomatic spread of COVID-19
(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)
medRxiv 2020.03.03.20029983; doi:
https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20029983

Het manuscript is beschikbaar als preprint op MedRxiv
https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.03.20029983v1

Code beschikbaar via
https://github.com/carolinecolijn/ClustersCOVID19

Data beschikbaar via
https://github.com/carolinecolijn/ClustersCOVID19

Onderzoek naar dynamiek van COVID-19 transmissie bij interventies

Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? Lancet 2020; published online March 6. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5.

De publicatie is beschikbaar via Lancet Covid19 Resource Centre
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30567-5/fulltext#seccestitle10

Code beschikbaar als https://github.com/donkeyshot/covid-mitigation
Data beschikbaar als nvt

Waar kan ik meer informatie vinden over modellen die worden gebruikt voor crisisbeheersing en beleidsadvies?

Modellen ter ondersteuning van infectieziektenbestrijding en voor beleidsadvies

Het gegeven advies wordt verantwoord aan de tweede kamer. Daar worden de resultaten openbaar gemaakt die het advies en de informatie ondersteunen. De resultaten zijn te vinden op de website van de tweede kamer, bijvoorbeeld:

(10)(2e)

Ook worden de antwoorden van vragen uit de tweede kamer beantwoord over de gebruikte modellen. Tijdigheid is hier belangrijk. Vaak betreft het resultaten van doorlopende analyses (en dus elke keer op basis van de meest recente data), of de eerste resultaten van binnenkomende gegevens. Vaak maken we gebruik van methoden die al eerder gepubliceerd zijn.

We nemen deel aan internationale uitwisseling tussen wetenschappers die in elk land modellen ontwikkelen voor COVID-19. De World Health Organization

(WHO) organiseert regelmatig calls voor modelleurs. Het ECDC organiseert calls. Er zijn diverse webinars en internationale projecten waarop we samenwerken met internationale collegae.

Monitoring van de epidemie: het reproductiegetal R

Het aantal COVID-19 ziekenhuisopnames in Nederland wordt gemeld in het Osiris registratiesysteem, en door de stichting NICE. Voor een groot deel van de patiënten in Osiris is de eerste ziektedag bekend. Deze informatie wordt gebruikt om de eerste ziektedag voor de overige patiënten te schatten. Door het aantal gehospitaliseerde patiënten per datum van eerste ziektedag weer te geven is direct af te lezen of het aantal infecties toeneemt, piekt of afneemt.

Een COVID-19 patiënt die in het ziekenhuis wordt opgenomen komt meestal pas enkele dagen na de eerste ziektedag in het ziekenhuis, en deze ziekenhuisopname wordt met enige vertraging doorgegeven in het rapportagesysteem. We corrigeren de aantallen ziekenhuisopnames naar eerste ziektedag voor deze vertraging. Dit wordt nowcasting genoemd. Er zijn verschillende methoden om deze correctie voor rapportagevertraging te doen.

Een van deze methoden is gepubliceerd als
van de Kassteele, Jan; Eilers, Paul H. C.; Wallinga, Jacco Nowcasting the Number of New Symptomatic Cases During Infectious Disease Outbreaks Using Constrained P-spline Smoothing, Epidemiology: September 2019 - Volume 30 - Issue 5 - p 737-745 doi: 10.1097/EDE.0000000000001050

Gepubliceerd als open-access publicatie
https://journals.lww.com/epidem/Fulltext/2019/09000/Nowcasting_the_Number_of_New_Symptomatic_Cases.16.aspx

Code beschikbaar als
https://github.com/kassteele/Nowcasting

Data beschikbaar als
https://github.com/kassteele/Nowcasting

Het reproductiegetal R meet hoe snel de toename of afname gaat. Het geeft het gemiddeld aantal mensen met COVID-19 dat besmet wordt door een persoon met COVID-19. De waarde van het reproductiegetal wordt berekend zoals beschreven in Wallinga & Lipsitch 2006.

287543

J Wallinga M Lipsitch 2006 How generation intervals shape the relationship between growth rates and reproductive numbers Proc. R. Soc. B.274599–604

Gepubliceerd als open-access publicatie
https://royalsocietypublishing.org/doi/full/10.1098/rspb.2006.3754

Code beschikbaar in diverse software. Bijvoorbeeld als R-package EpiEstim (Cori et al.)
https://cran.r-project.org/web/packages/EpiEstim/index.html

of het R-package R0 (Obadia et al.)
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3582628/

Om de berekening te maken is nodig te weten wat de typische tijdsduur is tussen de eerste ziektedag van een COVID-19 patiënt en de eerste ziektedag van zijn of haar besmetter. Deze tijdsduur wordt voor de Nederlandse gegevens berekend op basis van meldingen in het OSIRIS registratie systeem: de gemiddelde tijdsduur is 4 dagen.
Een methode om het interval te schatten is gepubliceerd als onderzoeksresultaat (zie hierboven).

De rapportagevertragingen en de tijdsduur tussen opeenvolgende infecties betekenen in Nederland dat we betrouwbare schattingen kunnen maken van de waarde van het reproductiegetal R langer dan 14 dagen geleden. Voor schattingen van R meer recent dan 14 dagen geleden is de betrouwbaarheid niet groot, en deze worden vaak weggelaten.

Ook in andere landen wordt de R waarde van de COVID-19 pandemie uitgerekend op een vergelijkbare manier door een nationaal volksgezondheidsinstituut. Voor veel landen is het niet publiekelijk beschikbaar, het is wel beschikbaar in bijvoorbeeld de volgende landen:

In Duitsland door het Robert Koch Institut
an der Heiden M, Hamouda O: Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutsch-land – Nowcasting. Epid Bull 2020;17:10 – 16 | DOI 10.25646/6692.
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf;jsessionid=873357DC016E3604BD5DBE7820AF70A6.internet062?__blob=publicationFile

In Denemarken door het Statens Serum Institut

https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/status-for-smittetrykket-i-danmark-29-april-2020

In Zweden door het Folkhalsomyndigheten
https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/analys-och-prognoser/

In Noorwegen door het Folkehelseinstituttet
https://www.fhi.no/en/id/infectious-diseases/coronavirus/coronavirus-modelling-at-the-niph-fhi/

Ook worden warden voor het reproductiegetal berekend door diverse academische groepen, waaronder de London School of Hygiene and Tropical Medicine
https://cmmid.github.io/topics/covid19/global-time-varying-transmission.html

En Imperial College London
https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-30-COVID19-Report-13.pdf

Impact van interventies op contacten
We gebruiken hier de gerapporteerde aantallen verschillende mensen met wie contact wordt gemaakt op een dag in Nederland. Dit wordt gedaan door vragenlijsten uit te delen aan een willekeurige en representatieve groep Nederlanders.

De contacten zoals gerapporteerd in 2007 in Nederland zijn beschikbaar via http://www.socialcontactdata.org/ Op deze website is ook een tool beschikbaar om deze contacten om te rekenen naar het aantal verwachte contacten bij social distancing.

De studie is herhaald in Nederland in 2017. Met deze gegevens kan een matrix worden geschat van het aantal contacten dat wordt gemaakt binnen en tussen leeftijdsgroepen. De methode is gepubliceerd
van de Kassteele, Jan; van Eijkeren, Jan; Wallinga, Jacco. Efficient estimation of age-specific social contact rates between men and women. Ann. Appl. Stat. 11 (2017), no. 1, 320--339. doi:10.1214/16-AOAS1006.

Gepubliceerd en toegankelijk via project Euclid
https://projecteuclid.org/euclid.aoas/1491616883

Code beschikbaar als
https://projecteuclid.org/euclid.aoas/1491616883#supplemental

Data beschikbaar als
https://projecteuclid.org/euclid.aoas/1491616883#supplemental

De studie is opnieuw uitgevoerd in Nederland in april 2020
(zie hierboven)

Het effect van gelijk of opeenvolgend openen van lagere en middelbare scholen in Nederland
Deze studie is uitgevoerd in samenwerking met de London School of Hygiene and Tropical Medicine
Gepubliceerd op github
Jdmunday.github.io/SC_Writeup

Prognoses voor IC-bezetting
Vanaf 20 maart worden wekelijks prognoses gemaakt voor IC bezetting. Bij elke prognose worden de gegevens uit OSIRIS en NICE opnieuw geanalyseerd, waardoor gebruikte parameterwaardes voor bijvoorbeeld IC-ligduur zo actueel mogelijk zijn.
We gaan uit van een transmissiemodel waar de bevolking is onderverdeeld in negen leeftijdsklassen (0-9, 10-19, ... 70-79, 80+) en in verschillende groepen die de infectiestatus beschrijven: zij die vatbaar zijn voor infectie, zij die besmet zijn maar nog niet besmettelijk voor anderen, zij die besmet zijn en wel besmettelijk voor anderen, en zij die besmet zijn geweest en niet meer vatbaar zijn voor infectie. Een beschrijving van dit model (een leeftijdsgestructureerd SEIR-model) is te vinden in Te Beest et al (2015), waar het is toegepast op influenza. In het model gebruiken we Erlang-verdelingen (shape 2) voor verblijfsduur in de E- en I-klasse, met parameterwaardes om een gemiddeld generatie-interval van 4 dagen te krijgen (zoals geobserveerd in de OSIRIS-data).
Gepubliceerd als open-access publicatie https://doi.org/10.1098/rsif.2014.1244

Een simulatie met het leeftijdsgestructureerd SEIR model levert aantallen nieuwe infecties per dag in elke leeftijdsgroep op. Om die te vertalen naar aantallen zieke mensen, ziekenhuisopnames en IC-opnames, en aantallen bezette ziekenhuis- en IC-bedden, maken we gebruik van gegevens in het registratiesysteem OSIRIS en van NICE. Met de modelsimulaties en deze gegevens wordt berekend wat de kans is op symptomen, ziekenhuis- en IC-opname, en sterfte, en hoeveel tijd er zit tussen infectie, symptomen, opname en ontslag (of overlijden). Al deze berekeningen zijn leeftijdsspecifiek.

In het model worden mensen onderscheiden naar leeftijd. De kans op contact tussen twee mensen, gegeven hun leeftijd, wordt beschreven door een contactmatrix. De gebruikte contactmatrix in afwezigheid van interventies is bepaald op basis van een studie in Nederland, zie hierboven.
In die studie is, behalve naar het aantal contacten, ook middels dagboekjes gevraagd in wat voor omgeving die contacten hadden plaatsgehad: thuis, werk, school, transport, vrije tijd, en overig. Voor het modelleren van interventies (scenario-analyses) doen we inschattingen van de leeftijdsspecifieke veranderingen in contactgedrag in deze zes contactsoorten. In aanvulling daarop passen we de besmettelijkheid aan die het gevolg is van bijvoorbeeld het handen wassen en 1,5 meter afstand houden. Dat doen we door het model te ijken op aantallen opgenomen patienten op de IC. Omdat de gemelde opnames in de meest recente dagen nog niet compleet zijn, corrigeren we in deze ijking voor de rapportagevertraging. In de exponentiele groeifase wordt R_0 hiermee op 2.2 geschat.

Ook in enkele andere landen wordt prognoses voor de COVID-19 pandemie uitgerekend op een vergelijkbare manier door een nationaal volksgezondheidsinstituut. Voor veel landen is het niet publiekelijk beschikbaar, het is wel beschikbaar in bijvoorbeeld de volgende landen:

In Duitsland door het Robert Koch Institut
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Modellierung_Deutschland.pdf?__blob=publicationFile

In Denemarken door het Statens Serum Institut
https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/matematisk-modellering-af-covid19

In Noorwegen door het Folkehelseinstituttet
https://www.fhi.no/en/id/infectious-diseases/coronavirus/coronavirus-modelling-at-the-niph-fhi/

In Frankrijk door Institut Pasteur
https://hal-pasteur.archives-ouvertes.fr/pasteur-02548181

Academische groepen:
Een vergelijkbaar model is ontwikkeld door de London School of Hygiene and Tropical Medicine

287543

En Imperial College London

Vergelijkbare modellen
TNO Jan Diederik van Wees, Maurice Hanegraaf
van Wees JD, Osinga S, van der Kuip M, Tanck M, Hanegraaf M, Pluymaekers M, et al.
Forecasting hospitalization and ICU rates of the COVID-19 outbreak: an efficient SEIR
model. [Submitted]. Bull World Health Organ. E-pub: 30 March 2020. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.256743
Gepubliceerd als open-access publicatie
Code beschikbaar als
Data beschikbaar als

Deze code is in actieve ontwikkeling, en kan zonder aankondiging grote veranderingen ondergaan. In de huidige omstandigheden zijn we niet in staat om te helpen bij problemen met de code en de gegevens. Het is eenvoudig om, net als bij andere transmissie modellen van infectieziekten, met enkele veranderingen in de code of de parameterwaarden een onzinnige uitkomst te berekenen. Daarom nemen we alleen de verantwoordelijkheid voor de uitkomsten die door het RIVM zelf gegenereerd zijn. Het uiteindelijke doel is een publicatie voor peer review, open access, waarbij de code en data beschikbaar zijn.

We kunnen geen zaken laten zien die vertrouwelijk zijn, of die de staatsveiligheid in gevaar zouden kunnen brengen.

287544

Technische briefing

Korte update, exit strategie, andere landen, groepsimmuniteit

Overzicht

GGD'en meldingen: duidelijk patroon weekend en wekedagen. Afname afgelopen weken. Leeftijden, geslacht verhouding. Meer vrouwen is selectie van testbeleid met zorgverleners, die zijn vaker vrouw dan man. Leeftijd opgenomen patienten duidelijk ouder dan gemiddelede gemelde patuient. Overlijden gemiddelde leeftijd 80-85 jaar. Man vrouw verhouding trekt min of meer recht.

- Osiris: Ruim 44000 meldingen, kwart opgenomen. 5.715 overleden onder de gemelde patienten. Totale aantal kom ik zo op terug.
- Virologische dagstaten: laboratoria bepaling op aantonen virus. 300 duizend bemonsteringen 15%positief over hele periode. Aanvankelijk nam het percentage toe. NU al wekenlang dalende. Percentage positieve testen onder de 5%. 4-7000 testen per dag. Hogere capacitiet dan aantal dat getest wordt. Slechts 5% positief. Hoe komt dat?
- Huisartsen peilstation. Verloop personen klachten luchtwegen. Mensen emt klachten naar huisarts. Geven dat door en testen. Ron !% van Nederland. Ook daar afname van meldingen bij huisarts. Sinds januari bepaald in hoeveel monsters het coronavirus zit. Pas na periode van eerste patient, daarna loopt % op. Nu al tijd aan terugnemen.
- Druk door cotonavirus infectie is aan het afnemen. Vertaald zich in het aantal patienten dat naar de huisarts gaat, aantal bemonsteringen en % positieve testen. Past bij afnemende uitbraak.

Verdeling Nederland

Selectie ziekere patinente. Brabant limburg, overrijssel, zuid holland. In alle provinceies sterkere afname.

Hittemap: kaartjes. Clusters van 2 wekene. Infecties op gemeenten in Nl. 16-29 mrt hoge fase. Daarna afnemen. Verschillen in regio's. Nu zijn verschillen klein. Wel plekken met meer ziekte dan andere plekken.

Total grafiek zhuis en ic opnames. Afname van nieuwe patienten.

ICopnames modellen

Stippen zijn actuele cijfers. Aantal opnames op IC's en rechts de totaal bezette bedden. De piek, daarna afname. Loopt nog steeds door. Nog enkele patienten die worden opgenomen. Is een fractie van wat het was. Afname van IC bezetting.

Nieuwe patietnen tegen de 5 per dag. Neemt nog verder af.

Verpleeghuizen

Toename tot ongeveer 30-40% van verpleeghuizen met tenminste 1 geval. Niet zo dat er helemaal geen gevallen bij komen, maar de hausse is geweest. Vertaald zich ook naar aantal patienten dat positief getest wordt. 1 persoone envervolgens meer op de afdeling.

Aantal overlijdens neemt ook af.

Totaal overlijden

Weten we niet helemaal zeker. Onder bevestigde patiënten is dat ongeveer 5700. Mensen getest en daarna overleden. Rechts is totale sterfte cbs. Is compleet. Zit een kleine achterstand in. IN covid tijd (9wkn) oversterfte van rond 9000 mensen. Steile piek die inmiddels weer daalt naar gele gebeid wat schommelt en achtergrondoverlijdens laat zien. Griep 2 jaar terug. Aantallen gelijk. Maar andere lijn. Bredere piek en het aantal weken dat het seizoen spelen was het dubbele van de periode tot nu toe met Covid19.

Verschil uitbraken: tijdens griep ook opnames maar lang niet zo veel als bij Covid. Piek kan gekleurd zijn door andere infecties. Bijvoorbeeld ook met influenza. Moet nader onderzoek in toekomst duiden hoeveel inderdaad aan Covid is toe te schrijven.

John Hopkins grafiek

Grafiek Heb ik vorige keer laten zien, maar een foutje gemaakt. Dit wil ik graag herstellen. John hopkins website die heel actueel bijhoud .

Rechtsboven heb ik vaker laten zien. Daarbij was niet alleen sprake van europese landen, maar landen met hoogste sterfte. Daar zit NL tussenin. Maar wat deze grafiek tooont is genormaliseerd naar bevolking en sterfte van bevestigde covid overlijdens en indruk verdeling verschillen landen. Dingen maken dat grafiek niet eenduidig is te interpreteren. Aantal testen maakt uit voor % overlijden, verschillen tussen landen in demografie (jong versus vergrijsde bevolking). Dat soort factoren speelt mee en is daar niet extra in meegenomen. Maar wat dit welk laat zien is dat aantallen bevolking. Informatieve grafiek. IN nl 12,9%.

Schatting meegeven op grond van Seroimmuniteits onderzoek sanquin bloeddonoren en plasmadonoren hoeveel mensen positief reageerden in antistoftesten tegen het nieuwe coronavirus. Dat was zo'n 3-4%. Pienter ook herhaald. Steekproeven in NL bemonsteringen trekt en % personen met antistoffen. 4%. Terugrekenen naar NL bevolking. Kom je tussen de 600.000 en 700.000 personen uit, dat is de groep die in aanrakings is gewesst met virus. Total overlijdens berekenen. Dan kom je boven de !%.Blijft schatting, maar geeft een indruk. Testen en de % die je terugkrijgt.

Uiteindelijk is 1% meer waarschijnlijk dan de 12,9%.

Plaatsing NL is gebaseerd op de 575o overlijdens of op de 9000 overlijdens?

Als je meer test en je gaat ervanuit dat niet afankelijk van de testen den mensen overlijden, wat niet aannemleijk is, Dan gaat het % omlaag. Alleen hele zieke testen, vind je een hoger % overlijdens.

Indicatoren gedrag en Rt

Reproductiegetal: aantal zieken van 1 besmette persoon. Hoog getal betekend verspreiden, laag betekent dat het uitdoofd. 1 = stabiel. Getal hangt af van hoe men zich houdt aan de maatregelen (vermijd drukte, werk thuis etc). Vertaald in google mobility. Altijd vertraging voor rapportage. Laatste getallen 1^{e} week mei. Geeft constant beeld van mate waarin bevolking zich houdt aan maatregelen. Dat vertaalt zich naar R tussen 2-3 in begin. Maatregelen en gedaald onder de 1. Nu wiebelt tussen 0,7 en 1.0. Berekenen op grond van ziekenhuisopnames. Op basis van 1^{e} ziektedag. Rode lijn, vertalen naar Reproductiegetal. Naarmate we korter terugkijken weten we dat getallen nog gecorrigeerd worden. Over laatste periode hebben we onzekerheid.

Reproductiegetallen van andere landen. Hebben we niet. Niet alle landen rapporteren het. Getallen tov van piek in Nederland. Waar de piek in die landen lag. Over de piek, gaat de R door de 1. Denemarken 2 dagen eerder. Frankrijk tegelijk. Belgie en duitsland iets later dan NL. Engeland loopt

achterop (beeld in media). Zweden heeft nog niet echt een piek. Gaat heen en weer. Tenminste 14 dagen na NL. Enige vergelijking buitenland schetsen. Gaat om de piek en niet om de r0. Die kan niet onder de 0 komen.

Exitstrategie

Kabinet basisregels en stapsgewijze versoepeling. Ga ik niet doornemen. Dat gebeurt op andere plekken. Meegeven filosofie. Aantal contacten met risico beperken. Dat doe je door versoepeling te maken van individu naar groep en vervolgens van groep naar groep. Waarbij kans op et risico contacten toeneemt. Observeren, voorzichtig beginnen,. Zelfde geldt voor van buiten naar binnen. Buiten geeft minder veel mindere risico op besmetting dan binnen (komt door de verwaaiing) . Tenslotte ook een component van lokaal naar regionaal naar nationaal. Dit beinvloedt Vooral de impact van evt nieuwe uitbraakjes. Van noodzakelijk naar meer recreatief (is politiek besluit).

Kijk je dan naar situatie in andere europese landen. Komt neer op dat alle landen versoepelen. Allemaal gefaseerde aanpak. Periode effect versoepeling bekijken. Proberen een zekere safety marge in te bouwen. Mogelijkheid om op de rem te drukken mocht het toch fout gaan. Te vroeg om versoepelingen die hebben plaatsgevonden in denemarken, noorwegen en in de landen om ons heen al goed te kunnen duiden. Is het domweg nog te kort voor. In Denemarken wel zien dat het openen van de scholen geen belangrijke effecten heeft gehad. Putten wij moed uit. Zo kijk je ook naar de verschillende maatregelen in andere landen. Tegelijkertijd is het nog te vroeg dat echt te duiden, situatie nog relatief stabiel. Landen houden ook rekening dat ze dingen moeten aanscherpen en dat route terug moeten bewandelen.

Aanpak DK lijkt op NL, wel wat detailpunten. NL gaan we nu naar 30 als eenheid. In dk nog 10 en dan gaan ze over enkele weken over naar 50. Wel verschillen tussen landen, maar niet geweldig groot. Min of meer dezelfde aanpak. DK sportscholen, nachtleven en discotheken als laatste vrijgegeven. Net als in NL routekaart.

Mondkapjes beleid: meeste landen beleid conform NL. gebruik niet medische kapjes in OV. Sommige landen ook in supermarkt waar 1,5 meter niet kan worden gerespecteerd. Dat is een basismaatregel die je overal ziet terugkomen. Grosso modo geen grote verschillen, iedereen probeert gefaseerd te doen. Ongeveer dezelfde periode om versoepeling door te voeren.

Hoe stuur je?

Sturen is ingewikkeld proces. Driving by the rear mirrorAchteruitkijkspiegel. De Vooruit is beslagen. Kijken achteruitspiegel en propberen koers af te leiden aan de manier waarop de persoon achter ons stuurt. Is ingewikkelde manier om vooruit te kijken. Willen we natuurlijk verandering in brengen. Reden is dat het Reproductiegetal belangrijk is om te sturen, maar realiseren dat er een vertraging zit voordat je die juist kunt bepalen.

Cyclus: piramide van infecties waarbij deel onder medische radar , de stippellijn, afspeelt. Wat het ook ingewikkeld maakt en in de ogen van experts ook onmogelijk om infectie dan helemaal kwijt te raken. De infecties die je oppikt weten we dat het ongeveer 5 dgn duurt voordat mensen infectie en klachten krijgen, dan duurt het een week voordat die klachten bij de huisarts bekend worden en dan nog een week voordat ze bij het zhuis komen. Zhuisopnames zijn belangrijkste mogelijkheid om r te bepalen. R doet uitspraak over infectie van 2 weken terug. Dat is het effect van de achteruitkijksp[iegel.

287544

IC opnames heterogeen beeld. Na 9 dgn op ic terecht. Zhuis opnames als vast punt geschikt om r te bepalen. Metafoor is sturen achteruitkijkspiegel.

Wat kunnen we doen?

Doelen beleid vaststellen: politiek besloten.

Beschermen kwetsbaren, intact houden zhuiszorg zowel aan covid als overige zorg, en zich en inzicht houden op en in het virus en de verspreiding. Systemen optuigen. Zo goed als klaar of al functionere.

Wat we hebben: is het model rechtsboven. Piek van infecties. Niemand weet waar het prcies naar toe gaat. Hebben we een zekere endemiciteit. Brede basis van de piramide: niet alle infecties in beeld. Zie je in Singapore en zuid korea, landen die er vanaf dachten te zijn. Dan blijkt er tocht een veenbrand te zijn. Soms in gemarginaliseerde groepen van de samenleving, die ertoe leiden dat de infectie dan weer terigkomt. Ik denk dat voor nederland de situatie kijken in kristallen bol, maar zo beheersbaar en laag mogelijk houden.

Niet steeds naar R0 kijken, maar eerder informeren. Aantal systemen:

Early warning

- Early warning en suyrveillance systeem: kijk je naar parameters van wat bevolking doet mbt gedrag. Dat heeft invloed op aantal contacten dat de bevolking heeft. Dus bijv: gedragsonderzoek samen emt GGd 60.000 nl'es: hoe goed houdt u zich eraan. Waar geeft het problemen? Geeft indicaties kwetsbare plekken.
- Nalevingsmonitor: observaties lokale gezacht, ingrijpen als bijv winkelstraat te druk wordt. Database bouwen wanneer ghebeurd en later dat er uitbraken zijnm, dan leren we over situaties waar we kwetsbaar zijn.
- Verplaatsingsgegven van telefoon kunnen monitor. Dan kan volledig avg proof. In steden kijken hoeveel telefoons er uit andere steden aanwerzig zijn. Niet gekoppeld aan gegevens, maar gewoon een maat van verplaatsing. Naar toekomst gebruiken en terugkijken. Kunnen we veranderingen in r0 en zhuisopnames heiraan correleren? Kunnen zien hoe goed dat voorspellend kan zijn, voor toekomst.

Surveillance:

- Infectieradar: webstie die rivm bijhoudt waar men eens per week klachten kan opgeven. Belagnrijk deel dat doet, vroege indruk van klachten. Risicovolle momenten in beeld. Met vroege surveillance klachten in beeld. Veel vroeger in beeld dan wanneer je moet wachten tot zhuisopnames.
- Rioolwatersurveillance: dorp stad indruk van infectiedruk
- Zorgmedewerkes testen: vaak in bevolking opggelopen. Is proxymaat voor infectiedruk
- Nivel huisartsen verdubbelen komende periode. Beter en eerder geinformeerd. Toename regionaal
- GGD → drempelloos testen mensen met klachten. Geeft snelle indruk als men met weinig klachten er naar toe gaat hoe veel infecties er spelen.
  Inzicht in gedrag virus en risicovolle gebeurtenissen. Wellicht nieuwe maatregelen, maatwerk, zonder rem voor heel nederland.

  Plaatje infectieradar: voldoende personen meedoen, geeft goeide indurk, klachten mbt luchtweginfecties. Mogelijke verheffingen opsporen en ingrijpen.

IC's
Moeilijk plaatje. Indicatief. Niet uitrekenen.
- Rechtsonder Rt uitgaande van situati met aantal patienten op IC stabiel. Rt=1. Grafie erboven ziet u 210.
Rt kunnen we bepalen met twee weken vertraging. Wat gebeurt er als de Rt toeneemt. Blijft ie verhoogt. Dan zie je vanaf tijdstip 0 een toename van IC opnames. IN slingerende toenemede grafieken corresponderen met R waardes die ernaast staan.
Bijvoorbeeld getal van 1 waarbij influx aantal patineten opgenomen stabiel.en het getal gaat plotseling naar 2 (terwijl we het niet zien). Vanaf het moment dat je zit dat IC's gaan toenemen, kun je toch nog verwachten dat op de rem drukken toch nog 2000 nieuwe Ic patienten accomoderen. Dat gebeurt terwijl je nog geen veranderingen op de IC's. Laat zien hoe moeilijk het is om via die achteruitkijkspiegel te tonen.
Links: hoe kun je die aantallen vertalen naar IC opnames. Stabiel getal van 20.
Rekenvoorbeeld: niet te letterlijk nemen. Zo kunnenw e berekenen wat de buffercapaciteit op de IC afdelingen moet zijn om veranderingen op te vangen. Dit is een vrij droge berekening. Kunnen we ook dynamisch simuleren.
Sommige mensen komen op IC, sommige komen te overlijden of liggen er juist langer. Dit is gemodelleerd met huidige kennis opnametijd. Stabiel rond 200. Rt stijging tot 1,5 is opgetreden. Duurt enige tijd, dan gaat de lijn oplopen. Dat wordt opgemerkt. Als het een drempel bereikt, kun je gaan voorspellen dat er nog een hausse gevallen achteraan komt. Dan wordt er op de rem gedrukt. Ondanks het feit dat je het daarna weer snel terugbrengt naar 0,9, toch nog zelfde aantal ic opnames verwachten als we de afgelopen periode hebben gezien. Dit is uitgaande van 200 per dag en twee weken lang een R stijging tot 1,5. Allemaal niet zo hoog. Als de Rstijging in brabant tussen 2 en 2,5 zat. Geeft aan voor ons dat het systeem kwetsbaar is. Noodzaak zo vroeg mogelijk op monitoring infecties gaan zitten. Rekening houden Soms onverwachtse gebeurtenis, die maakt ook al reageer je op het moment dat je een toename ziet van toenames, je altijd nog hausse achterloopt. Betekent 4 generaties van het virus, om vergelijkbare aantallen te krijgen.

Vraag: signaalwaarde over positief geteste patiënten?
Nee dat zit hier niet in. Deels nog geffectueerd. Maar geeft noodzaak aan om dat te doen. Daarom werken we hieraan.
Achteruitkijkspiegel twee weken leidt tot onverwachte verrassingen die je niet wil.

Tabelvorm:
Indicatief rekenvoorbeeld. Hoeveel IC bedden rekenen/voorbereiden? Toename van de IC? Om na te gaan wat benodigde IC bedden is.

Rem trappen? Diagnose stellen, wat is er aan de hand. Daarop ingrijpen. Als het heel generaal is , vandaar deze systemen nodig, stel dat nL zich niet houdt aan maatregelen dan heel NL. Lokaal plaatsvind, dan lokaal kijken wat er gebeurt is zonder maatregelen voor de rest van Nederland. Hangt af van duiding van de toename. Potentiele noodzaak capaciteit.

Groepsimmuniteit
NY Times, en volskrant. Aantal verlopen van de uitbraak geschetst. Kenmerk: nemen van hobbels en door maatregelen wee infectiedruk omlaag brengen, dan weer een hobbel krijgen door versoepelen. Ook nog externe factoren, siezoenen wellicht. Piek middelste scenarion:

samnvallen met intensief griepseizoen, complex om dat vast te stellen. Griep betekent ook belasting zorg.
Groepsimmuniteit: utieindelijk hopen we op vaccin. Dat effectief is en immunisatie effectief is om te voorkomen dat iemand het krijgt. De vraag is of dat gaat gebeueren. En de hoop. Tegelijkertijd weten we dat sommige vaccins maar een bepaalde periode werken. Denk aan griepvaccin. Is complex, maar wel mogelijkheid biedt om immuniteit op te bouwen om ciruclatie virus tegen te gaan.
Artikel mark lypsitch harvard, modelleren ontstaan groepsimmuniteit op grond van het aanwezig zijn van het virus. Elke infectie leidt tot iemand die immuun wordt. Draagt bij aan weerstand hele bevolking. Toont belang aan en effect op circulatie virus aan. Virus is puntige zaagtand in de rde lijn. In grijze periode extra op de rem drukken, open kan virus weer verspreiden.
Groepsimmuniteit is een vergezicht, niet korte termijn, tenzij je een vaccin hebt. Harvard laat situatie zien dat er geen vaccin zou zijn. Dan nog twee jaar te maken met aanwezigheid van het nieuwe Coronavirus. Mate van intensiteit, keuzes politiek, welke mate onderdrukken en early warning opzetten om het vroegtijdig te detecteren, zodat je specifieker kunt onderdrukken tot vaccin.
Sanquin, bloeddonoren, kaartje nl. Getroffen gebieden is % donoren met antistoffen is daar hoger.

Versoepeling maatregelen
Individu naar groep, buiten naar binnen, lokaal naar regionaal.
Vertaalt zich naar meer contacten, wellicht met onbekende risico's. Toename onzekerheid ziekenhuisopnames. Middelbare scholen andere werking dan basisscholen. Regionale functie. Dus ook evt regionale verspreiding. Overwegingen die je meeneemt in modellering.
Social distancing vooral gericht op minder isoleren van ouderen. Maatregelen hebben idd tot gevolg gehad dat ouderen geïsoleerd werden. Tabel 2017 vergelijken met 2020. Aantal contacten ouderen is teruggegaan 8→ 1,5. 85 van die 1,5 met zorgverleners en niet met familieleden. Zijn geisoleerd geweest, geeft ook gezondheidsschade en problematiek.

Resultaten modellering
Aantal bezette ic bedden en ic opnames per dag./ Linksboven situatie van nu met oudere maatregelen. Uitbraak onderdrukt. Rechtsonder situati doorrekenen maatregelen. Voorspekllen IC bedden oplopen, onzekerheid mbt juistheid modelleren. Kan ook zijn dat er meer toename is. Zonder doorrekening van early warning en surveillance systemen.
We zitten onder de 1, versoepeling kan stijgen van icnidentie ziekte. BCO heel belangrijk om toename van de R te compenseren. Snelle uitvoring bco en teststraten als dat goed werkt, kunnen we deel stijgende infectiedruk compenseren opm te zorgen dat het stabiel blijft.

Agema: half feb patiënt 31 zuid korea door wie 300 mensen besmet raken, koor VS, amsterdam koor 102 van de 130 ziek. Drie doden. Reactie RIVM: extra risico is nog niet bekend. OMT advies stelt aerogene transmissie onvoldoende bewijst. Heeft effect op R. Dan totaal andere situatie. Hoe kun je advies geven voor beleid als je zulke karaktereigenschappen negeert. Het RIVM negeert heel duidelijk de situatie koren en RIVM zegt risico is nog niet bekend. Onvoldoende bewijs? Hoe kan dat? Terwijl het effect heel groot is.

We negeren het allerminst. Superspreading events zijn bekend, komt voor. R van 2

287544

(gemiddelde) plots 30 of meer (bergamo). Er zijn situaties waarbij verspreiding veel hoger is. Tonen met die R zijn gemiddelde. Houden we daar rekening mee? Jazeker, zit in alle modellen.

Koren, zingen schreeuwen: OMT brief dat we dat onderzoeken. Kijk je naar invloed van aerosolen tov druppelinfectie. Dan verwacht je andere karakteristieken van infectie. Wat niet utisluit dat er specifieke situaties zijn, die willen we juist uitsluiten. Juist apart advies over uitbrengen. Erg uitkijken met retro statistiek. Gebeurtenis betekent niet dat het altijd gebeurt. Zeldzame gebeurtenissen, je wil weten wat de effect is op verspreiding uitbraak. Kunnen groepen zingen, schreeuwen, activiteiten in de horeca. Gedegen wetenschappelijk oordeel, niet op individuele anekdotes. Apart OMT advies. Daarmee adresseren we het juist heel adequaat.

287553

Overlegstructuur COVID-19

Weekoverleg

Doel: terugkijken besluiten (catshuis, media etc) en hoofdlijnen komende week doornemen, highlights week- en dagstart bepalen
Dag&tijd: Wekelijks na het OMT om 14 uur
Locatie: (10)(2e)
Deelnemers: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Inzicht in hoofdlijnen & samenhang :
Een bord zorgt voor inzicht en de samenhang der dingen. Dit bord bereiden we na het OMT voor.

- *Agenda* van de komende week en een doorkijkje voor de week erna (welke overleggen/bijeenkomsten, beslismomenten, inhoudelijk geplande communicatie)
- *Omgeving*: wat speelt er in de omgeving (uit de LCI kickoff, catshuis, NKC, (sociale) media).
- Wat betekent dit voor de *prioritering* van ons werk?
- *Berichtgeving*: Welke berichten gaan naar buiten (nieuws en updates)
- Wat betekent dat voor *pers*?
- Wat betekent dat voor onze *online* communicatie/de website
- Wat betekent dat voor *social*
- Wat betekent dat voor *beeld*?

Dagstart 'the day after' (de dag na het OMT)
Doel: Komende week doornemen: hoofdlijnen, berichtgeving en prioriteiten
Dag en tijd: de dag na een OMT om 10.00 uur (45 minuten inplannen, maar liefst korter)
Locatie: W0 werkcafé
Deelnemers: zij die fysiek aanwezig zijn (inbellen is niet te doen) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dagstart overige dagen

Doel: Prioriteiten voor de dag bepalen
Dag en Tijd: iedere dag van 10.00 uur-10.20 uur
Locatie: Wo werkcafé
Deelnemers: zij die fysiek aanwezig zijn (inbellen is niet te doen) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Afspraken week- en dagstarts

- Focus op prioriteiten: wat is er vandaag nodig?
- Inhoudelijke discussies / overleggen ná de week-/dagstart
- Ben je er niet? Zorg dat een directe collega je bijpraat!
- Knelpunten die prioritering beïnvloeden? Benoem ze, dan lossen we het samen op.

Relatie met andere Covid19-overleggen
Kick off LCI op ma, woe, do: 9.00-9.30 uur
Responsteam op Di en vrijdag: 09.00 – 10.30 uur → input (10)(2e) en (10)(2e) voor dagstart via (10)(2e), (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 (10)(2e)
F 030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

agenda

Overleg	26e Responsteam overleg COVID-19
Vergaderdatum en -tijd	18 mei 2020 09.00 – 10.30 uur
Vergaderplaats	RIVM U 0.23 en 0.22 en Go to Meeting
Deelnemers	Zie deelnemerslijst
Inloggegevens	Please join my meeting Netherlands: +31 (10)(2g) Access Code: (10)(2g) (afsluiten met een #)

1. Opening

2. Actuele situatie, stand van zaken

- Epidemiologie (+updates uit teststraten)

Teststraten – geen persoonsinformatie, coronIT. Achtergronddata ligt bij de GGD. GGD krijgt uitslag op nummer terug. Uniek nummer bij patient. Hoe hou je dan zicht op kwaliteit van de achtergrondinformatie. Dat is nu een black box.

Volgende keer in OMT: testen van huisartsen.

- Fylogenie (overzicht verpleeghuizen; Marion)

Clusters van medewerkers en patienten van instellingen. Kerkdienst was niet de bron, maar verspreiding binnen het verpleeghuis. Bdaarin zijn ook wel wat clusters, maar niet gelinkt aan de kerkdienst. Hier gaat het wel van bewoners naar personeel. Gemixte clusters. De richting is moeilijk te bepalen. Kost heel veel tijd om alles op een rij te zetten obv 1e ziektedag.

Vragen uit ziekenhuizen. Clusters binnen de ziekenhuizen. Rol voor contact tussen medewekers. Iets hogere contacten bij zorgpersoneel. Lijkt meer onderling contaxct tussen zorgpersoneel te zijn dan contact tussen zorgpersoneel en patienten. Hebben medewerkers onderling ook contact gehad? Verwachting is contact in het ziekenhuis.

Contact met GGD regio's dat we ook afspraken te maken over niet geclusterde cases, omdat we wsch meer variatie gaan zien. Willen ook de positieve rioolwatermonstering gaan sequencen. Contactpersoon RIVM is Ana Maria.

Volgende keer in OMT: terugkoppeling verpleeghuis en kerkdienst irt zingen.

- AOZ terugkoppeling (Corien)

287555

Twee nieuwe besmette nertsenbedrijven. Een bedrijf had geen 'kliniek'. Zonder klachten bij nertsen. Ander bedrijf: sequenties kwamen overeen op bedrijf van 1,5 km. Rol katten? Drie katten serologisch positief. Mensen hadden geen contact met elkaar. Luchtmonsters: binnen en buiten de stallen monsters. Postief binnen de stal, negatief buiten de stal. Lange meerdaagse verzamelde monsters waren negatief. Risicoinschatting: verspreiding van het virus in de buitenlucht is laag. 400 meter is opgeheven, in kamerbrief gecommuniceerd.

Rectumswabs: positief, is het levensvatbaar rna? Wim vd Poel onderzoekt dit. Lijkt erop dat dit heel laag is, als het het al doet. Maatregel of feaces afdekken nodig is wachten we nog een af. Ook pbm voor medewerkers wachten we even af. Compliance bij vogelgriep was laag, nog even resultaten afwachten voor we dit doortrekken naar alle 100 andere bedrijven. Ook buiten 10 km zone screening. Bij positieve bedrijven kijken of er binnen 10 km nog andere positieve bedrijven zijn. Aanname is dat mensen nertsen besmetten, of katten. Bij 1 vd medewerkers was een positieve pr waarbij de secquentie heeft zoveel gelijkheid met de nertsensequenties, is ziek geworden nadat hij 2 weken daarvo ris gaan werken op een nertsenbedrijf, heel aannemelijk. Er worden nog meerdere mensen ind e omgeving onderzocht en gesequenced om te kijk of deze sequentie ook in de omgeving voorkomt.

- Stand van zaken BCO; monitoring contacten HP-zone

GGD'en bereiden zich voor op grote aantallen. Vanmiddag webinar met ggd'en terugkomen op veelvookomende issues. Mogen nauwe contacten nog werken? En aanvullend Q&A's. Daarnaast is er op landelijk niveau ontwikkelingen GGD ghor wil landelijk callcenter gaan oprichten om contacten te inventariseren en monitoren. Moeten we bij aansluiten. Werkprocessen uitwerken. Kleinere vragen; e-learinging ontwikkeld door NSPOH, Vanuti richtlijn aansluiting zoeken dat implementatie goed loopt.
Richtlijn verder aanpassen: aantal belmomenten aanpassen. Als mesnen info niet goed begrepen wordt, dan vaker bellen. Minister wil dagelijks: concreet wordt het bij alle nauwe contacten opp dag 0, dag 7 en op dag14. En nauwe contacten= gezinscontacten en meer dan 15 min op 1,5 m afstand.
Andere zaken in VSI

Indicatoren voor goed BCO. Meer dan 4 dagen na contact met index ben je te laat. Hoe kunnen we dit verbeteren: concreter en ambitieuzer. Gerard vragen op op te nemen. Nu binnen 24 uur contacten in kaart, hoe lang voordat contacten benaderd zijn? Binnen 4 dagen moeten de nauwe contacten benaderd zijn (min 80%). Ook daar de effectiviteit van meten.
!!!! Veel discussie, ligt onder vergrootglas in combi met teststraten. Moet hier een mediacampagne omheen? In belgie zien we dat mensen terughoudend zijn in melden van contacten. In deze fase meot er een grote mediacampagne zijn, hoe werkt het? Dit gaat heel erg belangrijk zijn. Gegevens uit begin van de uitbraak.

Moet voorgelegd worden in het OMT: campagne

- ➔ 90 asymptomatische mensen geen transmissie, wel bij presymptomatische transmissie.
- ➔ Check Limburg, Den Haag, Amsterdam. (10)(2e) en (10)(2e) Communicatieparagraaf meenemen in OMT stuk.
- ➔ Inspringen als: prachtig, maar nu met regie!
- ➔ Opzet van callcenter is GGD'en ondersteunen waar het druk is. Daar meot je op inzetten.

→ Er hangt een suffig imago omheen. Jonge GGD-dokters in beeld krijgen. Welke, wat is de boodschap? Andere narrative samen met VWS en GGD. Waarom moeten de GGD'en en RIVM in de lead zijn. Die argumenten zijn nodig.
  - Netwerk, tailor made advies, wie moeten wel gebeld worden?
  - Met de app gaat het nog niet zo snel.

Monitoring evaluatie BCO en HPZone : stuk opgestuurd. In hp zone contacten dagelijks worden gedownload zodat we overzicht hebben hoeveel mensen in contactopsporing zitten.

- Stand van zaken van uitwerking, aerosolvorming: sport (Margreet), sauna, wellness, zangkoren, orkesten (Gini)

  Aerosolvorming en sport – geen uitbraken mbt sport. Er is weinig op dit gebied, bla bla en dingen die open deur zijn. Zuid-korea uitbraak in sportschool. 27 instructueurs hebben 4 uur lang een fitness danceklas gedaan. 1 persoon aymptomatisch, 120 mensen ziek. Maar er is veel mis, onduidelijk wat de verspreiding is. 6-8 mensen hebben een week lang met hoestklachten doorgetraind. Aan groepjes van 5-20 personen les gegeven in ruimte van 60m2.

  Uitbraak gerelateerd aan fitness: (waar veel op af te dingen is). Grootte van de druppels. Op basis daarvan kun je binnensporten niet tegengaan. Wellicht meer afstand nodig. Vooral in vitro studies. 7-10 meter uitademing. Kleine vaste groepen. Ventileren etc. Met dat soort zaken zou het moeten kunnen. Risicogroepen niet deel laten nemen, reinigen toestellen etc. Zo zou het advies eruit zien; verantwoord binnen kunnen sproten met aanvaardbare risico's. Triage, hygiene en afstand. Ventilatie (continu) luchten (half uur). Hoeveel m2 afstand is nodig? Ongeveer 10 m2 pp? In de sportschool zit je stil. Onderscheid in cardio en sporten met minder inspanning. Onderscheid cardio, krachttraining en spierversterking/lenigheid. Hoe intensiever hoe risicovoller.

  Voetballen – vraag van KNVB. Gymles op school moet hier ook in passen. Jeugdvoetbal is al opgestart, dit gaat om professioneel voetbal Actie (10)(2e) en (10)(2e)

  Sauna en wellness – er is nog geen stuk. Er is een mevrouw die Marion stalkt over temperaturen: 2 uur boven 60graden. Pech dat ze onder categorie sekswerkers terecht komen. VWS moet hier chocola van maken.

  Orkesten en zangkoren – (10)(2e) en (10)(2e) Filogenie van kerkdienst is hierbij belangrijk.

- wvttk

  Nieuwe resultaten Sanquin. Zijn nog mee bezig.

  Tool van VWS in Den Haag. Wij zijn er niet bewust bij aangehaakt. Moet gerund worden door het RIVM. Wij moeten verantwoordelijk zijn voor de cijfers. Willen dit er zelf inzetten. Gekke move. We zijn verantwoordelijk voor alle andere cijfers. Moeten we goed over afstemmen met VWS.

  Chronische consequenties van COVID – RIVM is er niet bij bezig. Gaan we niet doen. Is een klinische zaak. Kijken hoe zich dit ontwikkelt en wie dit kan oppakken. Lijkt

287555

namelijk op chronische q koorts. Is da tniet al via zonmw aanvraag oid opgepakt? Long term cohort bij AMC neergelegd. Zowel ziekenhuis en niet ziekenhuispatienten. Zon MW subsidies. Ook in Groningen onderzoek.

Wat is de rol van serologie de komende tijd? Individueel. Opvolging van quarantaine.

LCPS – daling ic bedden gestokt. NICE probeert IC's te blijven melden. In NICE data deelt het aantal patienten wel. Maar helaas geeft LCPS andere data. Hopelijk vanavond ei gelegd om dit twee keer per week te doen. Moet opnemen in een kamerbrief.

Meldingsplicht: aanpassen op de website.

3. **Communicatie**

4. **Actielijst 22e RT**

5. **Rondvraag**

Besluiten (B)/actielijst (A)

Nr.	Actie/ Besluit	Wat	Wie
1	B	Vanuit de LCI voor 13:00 (Lab)inf@ct versturen naar de meelezers (reactie meelezers voor 14:00 uur)	(10)(2e)/meelezers (Lab) inf@ct
211	A	Updates contact monitoring in RT presenteren; vanuit de regio?	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en /of (10)(2e)
219	A	Updates uitslagen teststraten in RT bespreken bij epidemiologie	(10)(2e) (10)(2e)
212	A	Is uit nertsenfeces covid-19 kweekbaar? Resultaten gebruiken voor beleid bij (andere) nertsenbedrijven m.b.t. feces uitrijden. Organiseren AOZ?!	(10)(2e) (10)(2e)
213	A	Fylogenie overzicht verpleeghuizen presenteren.	(10)(2e) 19/5

214	A	Maandelijks update relatie luchtkwaliteit -veehouderij-covid-19 stavanza onderzoek.	(10)(2e)
215	A	Aerosolen en binnenmilieu voorleggen in OMT as vrijdag. Ook uitspraak formuleren over zingen en mogelijk aerosolen vorming.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
216	A	Advies behandeling feces materialen in klinisch chemische (en immunologisch diagnostische) laboratoria wordt voorgelegd aan Klinisch Chemische laboratoria, daarna introductie werkwijze. Ook publiceren (NTvG?) Vervolgens duiding voor algemeen publiek wat betreft feces en hygiënische maatregelen formuleren. Hierbij FMS; arts infectie preventie ((10)(2e) (10)(2e)); en deskundige infectiepreventie betrekken.	(10)(2e) (/ (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
217	A	BCO info moet meer op de voorgrond in de rapportages op de web-site	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
218	A	Capaciteit laboratoria kan probleem opleveren bij herstart screeningsprogramma's bevolkingsonderzoek. Tevens zou idee geopperd zijn om vanaf 1/6/2020 burgers zonder triage zich online zouden kunnen aanmelden voor testen in de teststraat. Meedenken aanbieden!	(10)(2e)
208	A	Overzicht hoeveelheid testen (in teststraat) per GGD regio toesturen (uit ppt Susan). En de GGD'en die nog geen gegevens hebben gedeeld motiveren dit ook as week aan te leveren.	(10)(2e) (10)(2e)
209	A B A	Webinar voor GGD'en over diagnostiek; afname technieken etc. ook aandacht voor afname "sabbelwat" bij kinderen. Voorkeur volgorde voor afname materiaal bij kinderen blijft 1 NP; 2 OP; 3 "sabbelwat" Diagnostiek afname en mogelijkheden ook verwerken in een (lab)inf@ct	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
210	A	Contactbrieven vertalen in meerdere talen op verzoek GGD Amsterdam. Verzoek wordt verder uitgevraagd en indien nodig gehonnoreerd.	(10)(2e)
196	A	GGD'en in het noorden van het land stimuleren om isolaten in te sturen voor sequencen van verpleeghuizen (omdat je hier nog lage aantallen	(10)(2e (10)(2e) (10)(2e)

		hebt; wat extra inzicht kan geven). Waarbij je dan bewoners/ medewerkers en inwoners van die gemeente gezamenlijk instuurt.	
206	A	Uitwerken welke bronnen samenvoegen bij covid nieuwsbrieven (nivel combineren met klinische nieuwsbrief) is echter complex...	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) heeft bij nivel neergelegd blijft complex wat je daar dan inzet.
204	A	Academischewerkplaatsen/GGD'en Zuid Limburg en Nijmegen Bij cluster in een schoolklas gehele klas te bemonsteren.	(10)(2e)
179	A	Randvoorwaarden testen monoculair en serologie. Conclusies volgen uit werkgroep serologie volgende RT terugkoppeling. Randvoorwaarden testen monoculair en serologie formuleren. +PM 2) In meldplicht serologie opnemen? Onder welke voorwaarden?	(10)(2e) ((10)(2e) Later

ADVIES
ACHTERGRONDPAGINA'S

CORONAVIRUS

INZICHTEN STRUCTUUR & DATA

COMMUNICATIE

contenture

START

Doel: Informeren over coronavirus op het gebied van gezondheid

Doelgroep: Nederlandse bevolking

Rol RIVM: Wordt gezien als dé autoriteit op het gebied van maatregelen rond gezondheid

Belangrijk dus om achtergronden te geven

Ideaalbeeld: Neem vragen en behoefte van doelgroep als uitgangspunt

Koppel dit aan de doelstelling van RIVM (juiste informatie op basis van wetenschappelijke inzichten)

Deze aanpak en vertaling naar content komt aan bod in workshop

287559

KERNVRAGEN

Belangrijkste vragen rond **gezondheid** vanuit **doelgroep** (search console RIVM)

- Heb ik het? (symptomen - verschijnselen - incubatietijd - etc.)
- Welke regels zijn nu belangrijk en hoe pas ik ze toe? (RIVM richtlijnen - maatregelen - regels)
- Hoe moet ik omgaan met mondkapjes? (mondkapjes)
- Hoe zit het met risicogroepen? (risicogroepen)
- Wat moet ik doen als ik ziek ben? (wanneer thuisblijven corona)

contenture

EXTRA VRAGEN

Extra vragen die eerder uit **search** en **data** naar voren kwamen

- Zwangerschap
- Water

Andere vragen / **onderwerpen**

- Bij het vaststellen van andere vragen vanuit de doelgroep is het goed breder te kijken dan alleen naar de data van de website van RIVM.nl
- Kijk dus ook naar actualiteit: social updates
- Hieruit komt bijvoorbeeld 'huisdieren' naar voren

contenture

INDELING ACHTERGRONDEN

- **Huidige indeling**
- Testen
- Kinderen
- Mondkapjes en handschoenen
- Huisdieren
- Zwangerschap
- Aanpak bestrijding
- Risicogroepen
- Werken
- Water
- Hygiëne
- Outbreak Management Team (OMT)

Ideale indeling

- Richtlijnen / maatregelen / regels
- Mondkapjes en handschoenen
- Risicogroepen
- Testen
- Kinderen
- Huisdieren
- Op het werk
- Hygiëne
- Water
- Zwangerschap
- OMT

contenture

VERDIEPING

Ideale indeling

▪ Richtlijnen / maatregelen / regels	(Leg me uit waarom ze belangrijk zijn)
▪ Mondkapjes en handschoenen	(Hoe moet ik daarmee omgaan?)
▪ Risicogroepen	(Wie horen erbij en wat kan wel en wat kan niet?)
▪ Testen	(Wie wordt getest en hoe werkt dat?)
▪ Kinderen	(Wat zijn de risico's voor kinderen - nu ook over Kawasaki-achtig syndroom!)
▪ Huisdieren	(Inhoud finetunen na workshop)
▪ Op het werk	(Gaat nu alleen over contactberoepen, maar wat moet je doen op kantoor, of in de fabriek et cetera? Die rol wordt nu online door commerciële partijen ingevuld)
▪ Hygiëne	(Inhoud oké - na workshop finetunen)
▪ Water	(Inhoud is oké - na workshop finetunen)
▪ Zwangerschap	(Prima zoals het is)
▪ OMT	(Inhoud is oké - na workshop finetunen)

contenture

OVERIGEN

Niet in menu

- Aanpak bestrijding: slechts 0,04 van bezoekers komt op deze pagina

Al elders opgevangen

- Handen wassen op aparte pagina
- 'Symptomen' en 'Wat te doen als je ziek bent' op algemene pagina COVID-19

Inhoud pagina's

- Hebben aanpassingen nodig om beter scanbaar te zijn
- Hebben aanpassingen nodig om beter te scoren in zoekmachines
- Beide komen aan bod in workshop

contenture

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Beste deelnemer,

Hartelijk dank voor het insturen van uw vingerprikbloed en het invullen van de vragenlijst. Op het RIVM hebben we alle materialen van de eerste ronde (april) onderzocht. De voorlopige uitkomsten zijn doorgegeven aan het Outbreak Management Team (OMT) en ook heeft Prof Dr (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) de resultaten gepresenteerd aan de Tweede Kamer. Dit onderzoek is dus heel belangrijk en wordt goed gebruikt in de bestrijding van het coronavirus. Op de achterzijde treft u een overzicht van deze eerste resultaten.

In deze envelop zit, net zoals de vorige keer:
1) Een vingerprikset met instructie;
2) Een witte retour envelop medische post voor het opsturen van uw vingerprikbloed;

Mocht u nog informatie over de studie na willen lezen, dan kunt u dit online vinden op www.rivm.nl/pienter-corona.

Het is belangrijk dat u het invullen van de vragenlijst en het afnemen van het vingerprikje **op dezelfde dag** doet. En dat u het vingerprikje **zo spoedig mogelijk**, liefst binnen 3 dagen na ontvangst van het pakket, weer terugstuurt.

Wij vragen u om het volgende te doen:

1. Vragenlijst in te vullen:
   a. Onlangs heeft u instructies in uw mailbox ontvangen om in te loggen op de website waar u de vragenlijst kunt invullen. NB. Heeft u deze mail niet ontvangen, neemt u dan contact met ons op door een mail te sturen naar (10)(2e)@rivm.nl.
   b. Ga naar www.rivmportal.glean.nl en log in met uw gegevens.
   c. Vul de online vragenlijst in

2. Bloedafname instructie te lezen en bloed af te nemen. Op onze website www.rivm.nl/pienter-corona is tevens een instructiefilmpje voor bloedafname te vinden.
   a. Tip! warm uw vinger op voordat u een vingerprikje afneemt.

3. Het afgesloten buisje bloed volgens de op de retourenvelop afgedrukte instructies in het afsluitbare zakje doen, en deze terug te sturen (een postzegel is niet nodig). We vragen u om de retour envelop zo spoedig mogelijk, liefst binnen 3 dagen na ontvangst van het onderzoekspakket, op te sturen.

Heeft u nog vragen dan kun u die stellen via onderstaand e-mailadres of telefoonnummer.

Wij danken u alvast wederom hartelijk voor uw medewerking!

Het PIENTER Corona studie-team
RIVM

Website: www.rivm.nl/pienter-corona
E-mail: (10)(2e)@rivm.nl
Telefoonnummer: 030-(10)(2e)

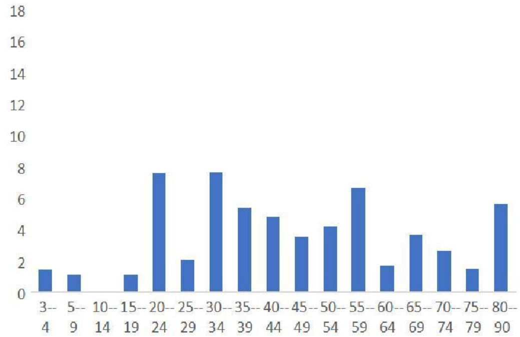
287567

Voorlopige resultaten van de eerste ronde van het PIENTER Corona onderzoek

We hebben 6102 personen uitgenodigd om mee te doen en daarvan hebben 3400 personen zich aangemeld. De leeftijdsverdeling is van 3 tot 90 jaar.

We hebben op het laboratorium al 2,096 vingerprikjes onderzocht. In het vingerprikbloedje van 75 personen konden we antistoffen tegen het Corona virus aantonen en dat is dan bijna 4%. We vonden geen verschil tussen mannen en vrouwen; het percentage personen met antistoffen tegen coronavirus was bijna gelijk. Personen met antistoffen tegen coronavirus hadden vaker klachten zoals verminderde geur/smaak, koorts, algehele malaise, spierpijn en gewrichtspijn dan personen die geen antistoffen tegen coronavirus hebben.

In de figuur hieronder ziet u een overzicht van percentage personen die antistoffen hebben naar leeftijd. Het percentage personen die antistoffen hebben neemt toe met de leeftijd en is het laagst bij de kinderen onder 19 jaar. We zijn heel benieuwd hoe dit plaatje eruit ziet na de tweede ronde.



Figuur 1. Percentage personen met antistoffen tegen coronavirus (95% betrouwbaarheidsinterval) naar leeftijd

287569

Feedback op debrief verkorte strategie campagne 3hb

Door: RIVM Corona Gedragsunit - Werkpakket 8: Communicatie

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

Kenmerk 08.04 | 11-05-2020

High-over feedback

- Heel goed om nut van de maatregelen in de eerste fase hernieuwd onder de aandacht te brengen. Wat ons echter opvalt is dat daar nu vooral de nadruk ligt op 'wat' en 'hoe dan'. Beiden inderdaad heel relevant, maar het is in deze fase van de crisis minstens zo belangrijk dat mensen beter grip krijgen op het 'waarom' van de maatregelen. Dat ze vertrouwd raken met de verschillende ingrediënten van de 1,5 meter samenleving. Goed snappen wat de achterliggende rationale is per maatregel ('waar is 20 seconden, nauwgezet handenwassen nou precies goed voor? Waarom niet 15 seconden?), zodat ze in diverse, complexe contexten zelf verstandige afwegingen kunnen maken.
- Je wil mensen steeds meer 'expert' maken. Dus niet dat ze alleen maar als een beginner simpel de richtlijnen mogen volgen uit een kookboekje, maar dat ze als een amateur OMT zelf creatief kunnen koken met de ingrediënten.
- Kortom: om ook echt mede veilig vorm te kunnen geven aan de 1.5 meter samenleving hebben mensen meer nodig dan richtlijnen en goede voorbeelden. Ze moeten de kans krijgen om de essentiële componenten/pijlers van waaruit de 1,5 meter samenleving veilig wordt vormgegeven ook echt te kunnen doorgronden. Zeker nu we gaan afschalen en alles steeds diffuser wordt.
- Net als dat je snapt dat je niet veel zout/suiker in je eten moet doen (slecht voor je) of waarom een ei een kooktijd heeft van maximaal 6 minuten (anders veel te hard en dat is niet lekker), wil je mensen in staat stellen zelf goede inschattingen te maken in hun eigen privésituatie. Er moet een soort schijf van vijf komen voor de 1,5 meter samenleving met heldere uitleg. Je wil meer zijn dan een Allerhande met paar vaste recepten en mooie foto's, je wil ook dat mensen met dezelfde ingrediënten andere, gezonde maaltijden kunnen klaarmaken.
  - Waarom 1.5 meter en niet 1 of 2 meter? Wat gaat er dan fout?
  - Waarom maar drie personen op bezoek en niet 2 of 4? Welke risico's lopen we dan?
  - Waarom een mondmasker in het OV en niet in de supermarkt? Waarom is het een gevaarlijker dan het andere?
  - Wanneer wel op bezoek bij mijn 70+ ouders? Is er een vorm waarin dat kan?

Onderstaand hebben we de campagne gekoppeld aan figuur 1: Kader Preventiegedrag COVID-19 en aan de taxonomie (A Taxonomy of Behavior Change Methods; an Intervention Mapping Approach). Deze feedback is gebaseerd op de debrief 'Verkorte strategie campagne 3hb'. In deze debrief missen we echter informatie over de uitwerking van de middelen (TVC / online video, outdoor, social media), wat belangrijk is voor een concrete uitwerking om de communicatieboodschap te versterken. Desondanks hebben we ons best gedaan deze campagne zo goed mogelijk te koppelen aan het model en de taxonomie. Ook is kolom 5 leeggelaten omdat er geen informatie stond in de debrief over een mogelijke evaluatie van de campagne.

287569

1a. Gedrag en onderbouwing	1b. Doelgroep en onderbouwing	2. Determinanten, leerdoel en onderbouwing	3. Methoden, voorwaarden, en onderbouwing	4. Communicatiekanaal, boodschap (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	5. Evaluatie en onderbouwing
Gedrag: 1.5 meter afstand houden van iedereen, behalve personen uit eigen huishouden.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen 1,5 meter afstand te laten (vol)houden.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van 1,5 meter afstand houden • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Effect & bereik campagne:** -

			bertrouwbaar is		
Onderbouwing: *1.5m afstand houden is belangrijke maatregel infectiepreventie (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Alleen als we ons met zijn allen 1.5 meter afstand houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown.*	***Onderbouwing:*** *Kader Preventiegedrag COVID-19 (2a, 2e, 1c).*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (Prochaska e.a., 2015).*	***Onderbouwing**:* *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.*	***Onderbouwing**:* -

Gedrag: 1.5 meter afstand houden van iedereen, behalve personen uit eigen huishouden.	**Doelgroep:** Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie **Doel:** Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze met moeilijkheden om kunnen gaan.	**Methoden:** • Feedback • Modeling • Planning coping responses **Voorwaarden:** • Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	**Evaluatie:** -
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -

	hun sector.				

1a. Gedrag en onderbouwing	**1b. Doelgroep** en onderbouwing	**2. Determinanten, leerdoel** en onderbouwing	**3. Methoden, voorwaarden,** en onderbouwing	**4. Communicatiekanaal, boodschap** (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	**5. Evaluatie** en onderbouwing
Gedrag: Drukte zo veel als mogelijk vermijden.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen drukte te laten vermijden.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron bertrouwbaar is	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van drukte zoveel mogelijk vermijden • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Evaluatie:** -

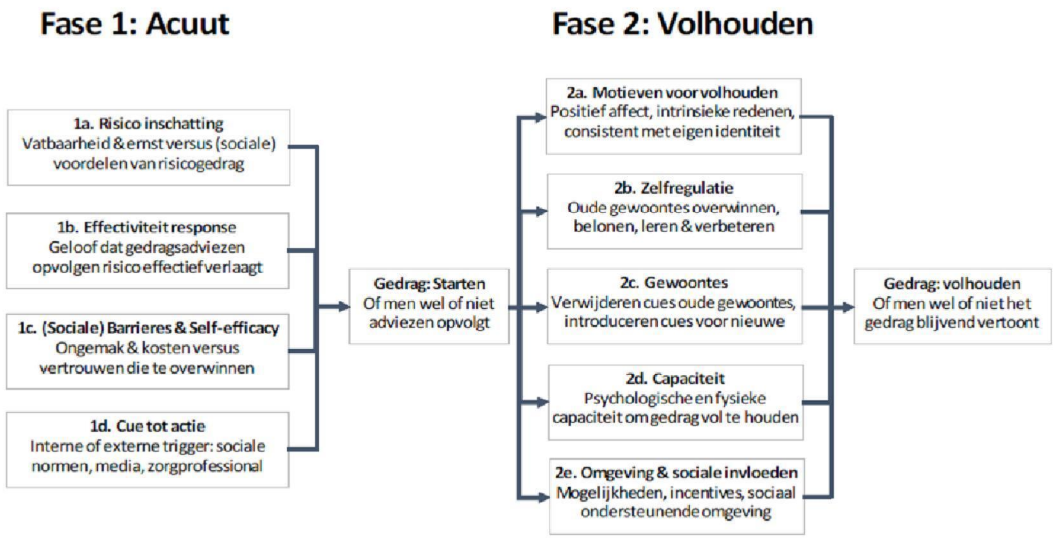
Onderbouwing *Hoe minder mensen bij elkaar zijn, hoe kleiner de kans op verdere verspreiding van het virus (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Alleen als we ons met zijn allen aan de (hernieuwde) gedragsregels houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown.*	***Onderbouwing:*** *Kader Preventiegedrag COVID-19 (2a, 2e, 1c).*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -

Gedrag: Drukte zo veel als mogelijk vermijden.	Doelgroep: Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	Determinanten: • Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie Doel: Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze met moeilijkheden om kunnen gaan.	Methoden: • Feedback • Modeling • Planning coping responses Voorwaarden: Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	Kanalen: • TVC / online video • Outdoor • Social media Boodschap: *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	Evaluatie: -
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in hun sector.*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -

1a. Gedrag en onderbouwing	1b. Doelgroep en onderbouwing	2. Determinanten, leerdoel en onderbouwing	3. Methoden, voorwaarden, en onderbouwing	4. Communicatiekanaal, boodschap (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	5. Evaluatie en onderbouwing
Gedrag: Zoveel als mogelijk thuiswerken.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden en de mogelijkheid hebben om thuis te werken.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen die kan thuis te laten werken.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron bertrouwbaar is	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van thuiswerken • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Evaluatie:** -

Onderbouwing *Hoe minder verkeer en minder mensen op kantoor, hoe kleiner de kans op verdere verspreiding van het virus (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Alleen als we ons met zijn allen aan de (hernieuwde) gedragsregels houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown. Niet iedereen is echter in de gelegenheid om thuis te werken.*	***Onderbouwing:*** *Kader Preventiegedrag COVID-19* *(2a, 2e, 1c).*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.*	***Onderbouwing:*** *-*

Gedrag:	Doelgroep:	Determinanten:	Methoden:	Kanalen:	Evaluatie:
Zoveel als mogelijk thuiswerken.	Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	• Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie **Doel:** Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze ermee om kunnen gaan.	• Feedback • Modeling • Planning coping responses **Voorwaarden:** Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	• TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	-
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in hun sector.*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -



Figuur 1: Kader Preventiegedrag COVID-19

Literatuur:

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). Health behavior: *Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review, 10(3), 277-296.* https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372

LAMP, COVID19, POC

LAMP - Loop-mediated isothermal amplification

- Single-tube technique for the amplification of DNA
- Alternative for (RT-)qPCR detection
- Reverse Transcription LAMP (RT-LAMP) for RNA detection

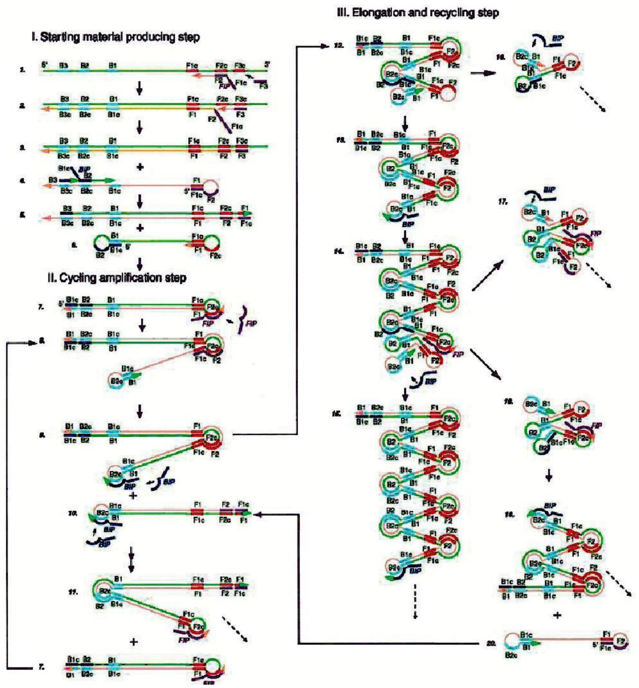
(RT)-LAMP

- **Why ->** Proposal ZonMW based on LAMP
- **What is it** -> Technique, pros and cons
- **Where is it used** -> Applications, including SARSCOV2 detection
- **Proposal ->** objectives, role RIVM
- **Possibilities** -> Future applications POC

287574

LAMP - technique

- Amplification at a constant temperature of 60–65 °C
- 10^9 copies DNA/hour, amount produced much higher than in PCR
- Polymerase with high strand displacement replication activity
- Typically, 4 different primers to amplify 6 distinct regions on the target gene (increases specificity)
- Detection of turbidity (pyrophosphate, amplification byproduct, precipitation) or fluorescence (intercalating dyes). Endpoint or real-time, which allows quantification.



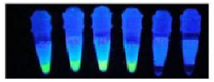
1. *Forward Inner Primer (FIP):*
2. *Forward Outer Primer (FOP):*
3. *Backward Inner Primer (BIP):*
4. *Backward Outer Primer (BOP):*

uses 4-6 primers recognizing 6-8 distinct regions of target DNA. A strand-displacing DNA polymerase initiates synthesis and 2 of the primers form loop structures to facilitate subsequent rounds of amplification.

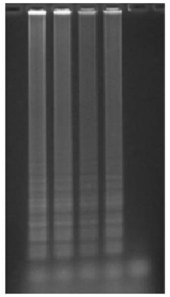
LAMP - technique

- Detection



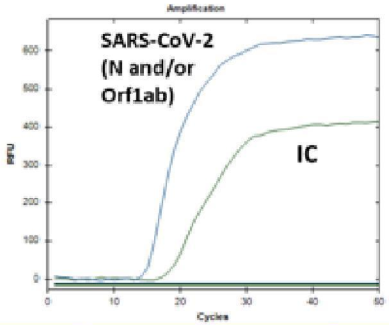


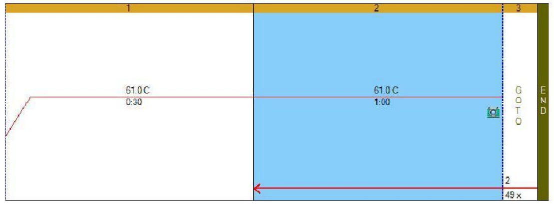
Naked eye observation using DNA fluorescence SYBR Green I dye.



Gel electrophoresis with typical ladder like pattern (positive indicated by 1-4, negative indicated 5)







LAMP - advantages

- Simplicity in application, ruggedness, and low cost (particularly wrt equipment: isothermal)
- Potential as a simple screening assay in the field or at the point of care (POC). Infectious disease diagnosis in low and middle income countries.
- Less sensitive (more resistant) than PCR to inhibitors in complex samples. Successful detection of pathogens from minimally processed samples such as heat-treated blood or in presence of clinical sample matrices.
- Uses different enzymes than PCR, e.g. DNA polymerase typically *Bst* instead of *Taq. Relevant for shortages such as now for SARSCOV2 detection*

LAMP - limitations

- Useful primarily as detection technique.

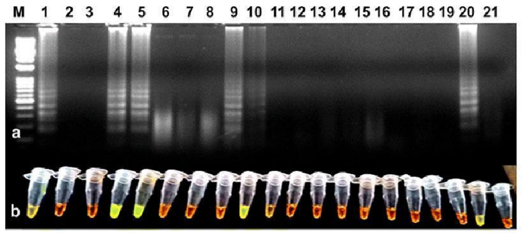
  Less versatile than PCR and not useful for other molecular biology applications such as cloning.

- Primer design difficult. Less freedom to choose the target site than with PCR
  - 4 (or 6) primers targeting 6 (or 8) regions within a fairly small segment of the genome, and primer design is subject to numerous constraints
  - choosing appropriate target can be difficult (e.g., a conserved site in a highly variable viral genome, or common genes in different bacterial strains). Multiple degenerated sequences may be required to cover the different variants, and such a cocktail of primers can produce non-specific amplification in the late amplification.

LAMP - limitations

- Multiplexing difficult. The larger number of primers per target increases the likelihood of primer-primer interactions for multiplexed target sets.
  - The LAMP product is a characteristic "ladder" on a gel, not a single PCR band. Therefore identity of a target cannot be confirmed by size of a band. Real-time multiplexing approaches based on fluorescence are possible yet complex

- False-positives may result from
  - carryover contamination due to the extremely high efficiency of the reactions.
  - primer-dimer amplification, which cannot be checked by performing melt curve analysis (if endpoint detection is used; may be distinguished In real-time detection)



LAMP applications

Succcessful detection of infectious diseases such as tuberculosis, malaria, and sleeping sickness.

Examples of its application:

- Mycobacterium tuberculosis - (Mitarai et al., 2011).
- Food-borne Staphylococcus strains
- Aquaculture pathogens
- Influenza virus - clinical results similar to real-time RTPCR (Nakauchi et al., 2011).
- Zika virus
- SARSCOV-2

- Bhadra, S. et al (2020). High-surety isothermal amplification and detection of SARS-CoV-2, including with crude enzymes. BioRxiv,
- Lamb, L. E., et al. (2020). Rapid Detection of Novel Coronavirus (COVID19) by Reverse Transcription-Loop-Mediated Isothermal Amplification. SSRN Electronic Journal.
- Schmid-burgk, et al. (2020). LAMP-Seq : Population-Scale COVID-19 Diagnostics Using a Compressed Barcode Space.
- Yu, L. et al. (2020). Rapid colorimetric detection of COVID-19 coronavirus using a reverse tran-scriptional loop-mediated isothermal amplification (RT-LAMP) diagnostic plat-form: iLACO. MedRxiv, 2020.02.20.20025874.
- Zhang, Y. (2020). Rapid Molecular Detection of SARS-CoV-2 (COVID-19) Virus RNA Using Colorimetric LAMP. MedRxiv, 2, 2020.02.26.20028373.
- And more

LAMP applications: SARS-COV-2

Features

- Many of the kits contain three assays, targeting the **Orf1** gene (human RNA polymerase protein), the **N**-gene (the nucleocapsid protein) and the **E**-gene (envelope protein).
- Multiple targets decrease false-negatives due to virus mutations
- An increasing number of the products have received Emergency Use Authorisation (EUA) from the FDA

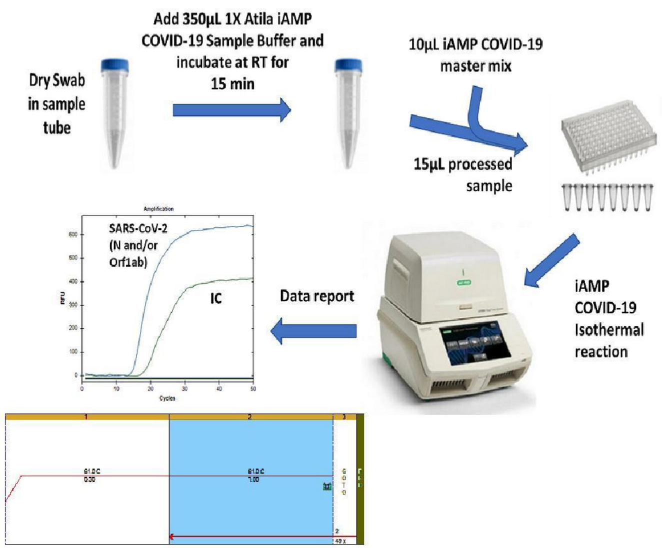
LAMP applications: SARS-COV-2

Features

- Nasal, nasopharyngeal (NP), and oropharyngeal (OP) swabs
- Detection SARS-CoV-2 RNA directly from samples without prior RNA extraction (lysisbuffer at RT for 15')
- Sample–to–result ~90 minutes
- Multiplex by using fluorescence resonance energy transfer (FRET) probes
  - FAM detection of 2 SARSCOV2 genes (N and orf1ab),
  - HEX detection of human gene (Gapdh)
- FDA approved

iAMP® COVID-19 Detection Kit (Atila Biosystems)

workflow



LAMP applications: SARS-COV-2

Validation

- LOD 4000 cps/ml

RTqPCR:

Abbott ~100, Biofire ~330, CDCassay 300-1000

BUT in the LAMP protocol, the sample preparation "front end" processes a much larger quantity of sample and therefore delivers more viral RNA to the LAMP reaction.

SARS-CoV-2 - Tentative LoD: SARS-CoV-2 RNA spiked into negative oropharyngeal swab

Target Level	Valid results	SARS-CoV-2 (N/ORF) Positive		SARS-CoV-2 (N/ORF) Detection Rate	Internal Control Positive		Internal control Detection Rate
		n	Mean Ct		n	Mean Ct	
0.4 cp/µL	5	4	18.55	80%	5	24.73	100%
4 cp/ µL	5	5	16.18	100%	1	35.31	20%
40 cp/ µL	5	5	13.87	100%	0	NA	0%
2 cp/ µL	5	4	20.35	80%	5	25.4	100%
4 cp/ µL	5	5	19.84	100%	3	32.6	60%
6 cp/ µL	5	5	17.14	100%	0	NA	0%
Negative	10	0		0%	10	23.5	100%

Tentative LoD: 4 cp/µL [lowest target level demonstrating >95% detection rate of SARS-COV-2]

SARS-CoV-2 - Confirmatory LoD: Pseudovirus spiked into negative oropharyngeal swab specimen

Target Level	Valid results	SARS-CoV-2 (N/ORF) Positive		SARS-CoV-2 (N/ORF) Detection Rate	Internal Control Positive		Internal control Detection Rate
		n	Mean Ct		n	Mean Ct	
4 cp/µL	20	20	16.87	100%	14	25.77	70%

LAMP applications: SARS-COV-2

Validation

➢Inclusivity

primer-annealing regions Orf1ab and N 100% match to all SARS-CoV-2 genomes (n=154 as of March 21, 2020).

➢Cross-Reactivity

In silico: no oligos with homology ≥ 80% with the organisms listed

In vitro: purified DNA/RNA spiked into negative oropharyngeal swabs at 10^5 genome copies/μL

in silico
Human coronavirus 229E
Human coronavirus OC43
Human coronavirus HKU1
Human coronavirus NL63
SARS-coronavirus B093
MERS-coronavirus NL140422
Human Metapneumovirus (hMPV) isolate 00-1
Parainfluenza virus 1 isolate NM001
Parainfluenza virus 2 isolate VIROAF10
Parainfluenza virus 3 strain HPIV3/AUS/3/2007
Parainfluenza virus 4a isolate HPIV4_DK(459)
Parainfluenza virus 4b strain 04-13
Influenza B B/Illinois/13/2005 (segment 7)
Enterovirus 68 isolate NZ-2010-541
Respiratory syncytial virus
Human Rhinovirus B3 strain SC2606
Chlamydia pneumoniae TW-183
Bordetella pertussis strain B3921
Pseudomonas aeruginosa UCBPP-PA14
Streptococcus salivarius CCHSS3

Organisms wet-tested in swab matrix	SARS-CoV-2 (N/ORF) Detection Rate
Adenovirus (ATCC VR-1516)	0% (0/3)
Influenza A (H1N1)	0% (0/3)
Haemophilus influenzae	0% (0/3)
Legionella pneumophila	0% (0/3)
Mycobacterium tuberculosis	0% (0/3)
Streptococcus pneumoniae	0% (0/3)
Streptococcus pyogenes	0% (0/3)
Mycoplasma pneumoniae	0% (0/3)
Pneumocystis jirovecii (PJP)	0% (0/3)
Candida albicans	0% (0/3)

LAMP applications: SARS-COV-2

Validation

➢ Endogenous Interference Substances Studies

SARS-CoV-2 RNA spiked into negative oropharyngeal swabs at 2.5X LOD (10 copies/µL sample).

Potentially interfering substances added at the indicated concentration to positive and negative swabs

Potential Interfering Substance	Conc.	Positive Samples	Negative Samples
Mucin: bovine submaxillary gland, type I-S	2.5 mg/ml	3/3	0/3
Blood (human)	2.5% v/v	3/3	0/3
Afrin Original nasal spray	15% v/v	3/3	0/3
Basic Care allergy relief nasal spray (Gluococorticoid)	5% v/v	3/3	0/3
NeilMed Nasal gel	1.25%	3/3	0/3
GoodSense All Day Allergy, Cetirizine HCl Tablets 10 mg	1mg/mL	3/3	0/3
Cepacol Sore Throat (benzocaine/menthol lozenges)	5 mg/mL	3/3	0/3
Zanamivir	3.3 mg/mL	3/3	0/3
Tamiflu	2.2 ìg/mL	3/3	0/3
Mupirocin ointment	5mg/mL	3/3	0/3
tobramycin	4ug/mL	3/3	0/3

ZonMW proposal

- uitvraag op verzoek van VWS.
- Partners: TNO, RIVM, DSM, LUMC/UMCG, Integrated DNA Technologies, Inc. (IDT)
- Duration 6 months

Initial plan (last week)

1. Protocol dry swabs – lysisbuffer - LAMP detection, validated for **safety** and performance
2. Implementation in clinical laboratory and clinical validation
3. Production LAMP enzymes (DSM)
4. **Exploration additional sample types** (saliva, stool, fomites,wastewater, air)
5. Exploration LAMP-Seq and **POC applications**
6. Plan for implementation

ZonMW proposal

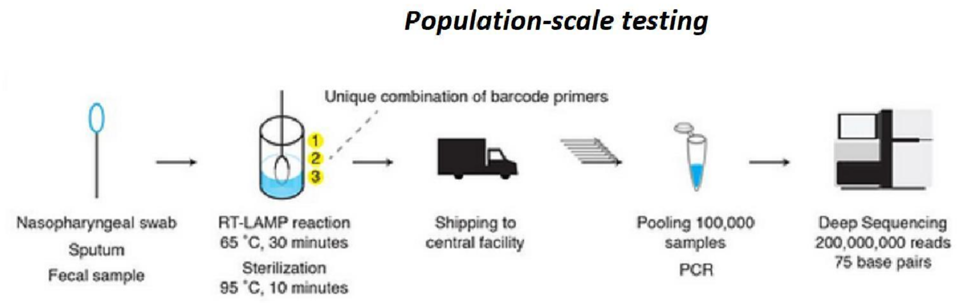
OMT specification (Friday 8/5)

- Focus on additional value for goal up-scaling to 70,000 tests/day
- No POC (arguments: data integration, notifyable disease, safety)
- Interest in LAMP seq.

Final plan

1. Protocol swabs – lysisbuffer - LAMP detection, validated for **safety** and performance
2. Implementation in clinical laboratory
3. Production LAMP enzymes (DSM)
4. **Exploration additional sample types** (saliva, stool, fomites, wastewater, air)
5. Exploration LAMP-Seq
6. Plan for implementation

LAMP-Seq



LAMP-Seq: Population-Scale COVID-19 DiagnosticsUsing aCompressed BarcodeSpace. (10)(2e) L. Schmid-Burgk *et al.* 2020 bioRxiv

Single heating step for each individual sample, followed by pooled processing, parallelizable deep sequencing

Simple thermal protocol for individual samples and pooling many samples prior to resource-intensive steps -> , requirement for specialized reagents, equipment, and labor is greatly reduced as compared to established RT-qPCR protocols.

Estimated cost per sample would be < 7 USD, scalable to hundreds of thousands of samples per day per sequencing facility.

POC – Future possibilities

- PCR disadvantages: complex equipment, sample prep important due to sensitive to inhibitors in sample, slow
- LAMP may provide an inexpensive, robust and rapid alternative. Importantly, also for use in developing countries that do not have access to high tech laboratories
- Validation for different sample types important



example



ID NOW™ COVID-19
- Positive results may be detected in as little as 5 minutes. Negative results in 13 minutes
- RdRp gene

287577

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Actielijst

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 (10)(2e)
F 030 (10)(2e)

bespreking	25e Responsteamoverleg COVID-19
Vergaderdatum en -tijd	12-05-2020 09:00-10:30 uur
Vergaderplaats	RIVM Bilthoven, ruimte U 0.23
Aanwezigen	Zie deelnemerslijst

De besluiten van de responsteams worden beperkt tot besluiten en een actielijst.

Besluiten (B)/actielijst (A)

Nr.	Actie/ Besluit	Wat	Wie
	B	Vanuit de LCI voor 13:00 (Lab)inf@ct versturen naar de meelezers (reactie meelezers voor 14:00 uur)	(10)(2e)/meelezers (Lab) inf@ct
	A	Updates contact monitoring in RT presenteren; vanuit de regio?	(10)(2e) (10)(2e)
	A	Updates uitslagen teststraten in RT bespreken bij epidemiolgie	(10)(2e)
	A	Is uit nertsenfeces covid-19 kweekbaar? Resultaten gebruiken voor beleid bij (andere) nertsenbedrijven m.b.t. feces uitrijden. Organiseren AOZ?!	(10)(2e) (10)(2e)
	A	Fylogenie overzicht verpleeghuizen presenteren.	(10)(2e) 19/5
	A	Maandelijks update relatie luchtkwaliteit - veehouderij-covid-19 stavanza onderzoek.	(10)(2e)
	A	Aerosolen en binnenmilieu voorleggen in OMT as vrijdag. Ook uitspraak formuleren over zingen en mogelijk aerosolen vorming.	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)
	A	Advies behandeling feces materialen in klinisch chemische (en immunologisch diagnostische) laboratoria wordt voorgelegd aan Klinisch Chemische laboratoria, daarna introductie werkwijze. Ook publiceren (NTvG?) Vervolgens duiding voor algemeen publiek wat betreft feces en hygiënische maatregelen formuleren. Hierbij FMS; arts infectie preventie ((10)(2e) (10)(2e)); en deskundige infectiepreventie betrekken.	(10)(2e) (/ (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
	A	BCO info moet meer op de voorgrond in de rapportages op de web-site	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
	A	Capaciteit laboratoria kan probleem opleveren bij herstart screeningsprogramma's bevolkingsonderzoek. Tevens zou idee geopperd zijn om vanaf 1/6/2020 burgers zonder triage zich online zouden kunnen aanmelden voor testen in de teststraat. Meedenken aanbieden!	(10)(2e)
	A	Overzicht hoeveelheid testen (in teststraat)	(10)(2e) (10)(2e)

		per GGD regio toesturen (uit ppt Susan). En de GGD'en die nog geen gegevens hebben gedeeld motiveren dit ook as week aan te leveren.	
209	A B A	Webinar voor GGD'en over diagnostiek; afname technieken etc. ook aandacht voor afname "sabbelwat" bij kinderen. Voorkeur volgorde voor afname materiaal bij kinderen blijft 1 NP; 2 OP; 3 "sabbelwat" Diagnostiek afname en mogelijkheden ook verwerken in een (lab)inf@ct	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
210	A	Contactbrieven vertalen in meerdere talen op verzoek GGD Amsterdam. Verzoek wordt verder uitgevraagd en indien nodig gehonnoreerd.	(10)(2e)
196	**A**	**GGD'en in het noorden van het land stimuleren om isolaten in te sturen voor sequencen van verpleeghuizen (omdat je hier nog lage aantallen hebt; wat extra inzicht kan geven). Waarbij je dan bewoners/ medewerkers en inwoners van die gemeente gezamenlijk instuurt.**	(10)(2e (10)(2e) / (10)(2e)
206	**A**	**Uitwerken welke bronnen samenvoegen bij covid nieuwsbrieven (nivel combineren met klinische nieuwsbrief) is echter complex...**	(10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e) **heeft bij nivel neergelegd blijft complex wat je daar dan inzet.**
167	**A**	**Tussenrapportage over resultaten kweken van feces en rioolvloeistoffen en transmissie kansen.**	(10)(2e) **1/5/2020**
204	A	Academischewerkplaatsen/GGD'en Zuid Limburg en Nijmegen Bij cluster in een schoolklas gehele klas te bemonsteren.	(10)(2e)
179	A	Randvoorwaarden testen monoculair en serologie. Conclusies volgen uit werkgroep serologie volgende RT terugkoppeling. Randvoorwaarden testen monoculair en serologie formuleren. +PM 2) In meldplicht serologie opnemen? Onder welke voorwaarden?	(10)(2e) ((10)(2e)) Later

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Actielijst

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 (10)(2e)
F 030 (10)(2e)

bespreking	24e Responsteamoverleg COVID-19
Vergaderdatum en -tijd	08-05-2020 09:00-10:30 uur
Vergaderplaats	RIVM Bilthoven, ruimte U 0.23
Aanwezigen	Zie deelnemerslijst

De besluitvorming van de responsteams worden beperkt tot besluiten en een actielijst.

Besluiten (B)/actielijst (A)

Nr.	Actie/ Besluit	Wat	Wie
	B	Vanuit de LCI voor 13:00 (Lab)inf@ct versturen naar de meelezers (reactie meelezers voor 14:00 uur)	(10)(2e)/meelezers (Lab) inf@ct
	A	Overzicht hoeveelheid testen (in teststraat) per GGD regio toesturen (uit ppt Susan). En de GGD'en die nog geen gegevens hebben gedeeld motiveren dit ook as week aan te leveren.	(10)(2e)
	A B A	Webinar voor GGD'en over diagnostiek; afname technieken etc. ook aandacht voor afname "sabbelwat" bij kinderen. Voorkeur volgorde voor afname materiaal bij kinderen blijft 1 NP; 2 OP; 3 "sabbelwat" Diagnostiek afname en mogelijkheden ook verwerken in een (lab)inf@ct	(10)(2e) (10)(2e)
	A	Contactbrieven vertalen in meerdere talen op verzoek GGD Amsterdam. Verzoek wordt verder uitgevraagd en indien nodig gehonnoreerd.	(10)(2e)
	A	**GGD'en in het noorden van het land stimuleren om isolaten in te sturen voor sequencen van verpleeghuizen (omdat je hier nog lage aantallen hebt; wat extra inzicht kan geven). Waarbij je dan bewoners/ medewerkers en inwoners van die gemeente gezamenlijk instuurt.**	(10)(2e)
	A	**Uitwerken welke bronnen samenvoegen bij covid nieuwsbrieven (nivel combineren met klinische nieuwsbrief) is echter complex...**	(10)(2e) (10)(2e) **heeft bij nivel neergelegd blijft complex wat je daar dan inzet.**
	A	**Tussenrapportage over resultaten kweken van feces en rioolvloeistoffen en transmissie kansen.**	**Bettie 1/5/2020**
	A	Academischewerkplaatsen/GGD'en Zuid Limburg en Nijmegen Bij cluster in een schoolklas gehele klas te bemonsteren.	(10)(2e)
	A	Randvoorwaarden testen monoculair en serologie. Conclusies volgen uit werkgroep serologie volgende RT terugkoppeling.	(10)(2e) Later

		Randvoorwaarden testen monoculair en serologie formuleren. +PM 2) In meldplicht serologie opnemen? Onder welke voorwaarden?	
197	A	In de dagelijkse up-date verpleeghuis aantallen en zorgmedewerkers (aantal geteste en positieven) en rest cases uitsplitsen dit ook op website zetten.	EPI (10)(2e)
198	A	Overzichtskaart fylogenie laten zien 1 mei	(10)(2e)
199	B	"Wanneer kan covid-19 patient uit isolatie" voorstel wordt voorgelegd in expertmeting 28/4 voor vaststelling.	(10)(2e)
200	B	PIENTER onderzoek heeft (METC) goedkeuring voor 6 afnames is gestart op 1-3 april; zal elke 2 maanden herhaald worden (feb 2021 laatste maal). Is voor inzicht in trends over tijd niet voor inzicht maatregelen effect.	
201	A	METC aanvraag voor uitbreiding PIENTER voor goede geografische verspreiding (landelijk representatief) Er worden 17500 persoenen uitgenodigd mee te doen. Naast serologie wordt ook gekeken of speekseltesten kunnen worden toegevoegd.	(10)(2e)
202	A	monitoring versoepelen maatregelen (huidige voorstel ook naar OMT) inzicht in schoolkinderen (0 tot 4 en 4-12) beroepsgroepen (uitgesplitst naar maatregelen zover mogelijk) [Indien mogelijk mantelzorgers toevoegen?!]	(10)(2e)
203	A	Definitie formuleren (op basis Artikel 26 wanneer je kinderen in de klas gaat testen; advies is zieke kinderen blijven thuis.	(10)(2e)
205	A	Overzichten (publieke gezondheid) onderzoeken bekijken waar linken (FMS, Zonmw etc.) mee te maken zijn voor ons inzicht en op website geen overzicht hier meer.	(10)(2e) (10)(2e) wordt opgepakt
207	B A	Cepheid (GeneXpert) gevalideerde pcr testen kunnen op 33 plaatsen uitgerold worden volgende week, apparaten staan klaar; 500 testen per locatie per 2 weken. Cave markt werking Denk aan NTS zodat orgaandonatie weer op gang kan komen.	(10)(2e)
194	A	Adviezen m.b.t. BCO tijdens transitie fase. (+ PM 3-wat worden surveillance tools bij transitie) Wat moet er verzameld? Welke inhoudelijke afspraken m.b.t. RL (pre-symptomatisch etc) Monitoring wie/ hoe (app's)	(10)(2e) (10)(2e) GGDGHOR NL

287578

		Mankracht Fte berekening GGDén Knelpunten?	
183	A	Samenbrengen data van teststraten (GGDGHOR NL) en dagstaat virologische testen. 1)Inzicht in categorieën (zorgmedewerkers en andere beroepen belangrijk voor transitie; Aanpassing Osiris voor dit doel). 2)Inzicht in capaciteit versus voorraad materialen 3) duiding aantal testen versus uitbraak pareren 4)knelpunten aangeven 21/4: 5) versoepeling mantelzorgers met testen in teststraat.	EPI/ (10)(2e) (10)(2e)
185	**A**	Clusters in verpleeghuizen Verenso beleid wordt aangepast; extra uitleg naar personeel effectief PBM gebruik; meer inzicht in 'cijfers' uit verpleeghuizen. Vervolg: bezoekers regeling bekijken; Wat kunnen serologische testen bijdragen (1,5 m zorg kan niet!)voor transitie strategie	(10)(2e) **Heeft serologie geen zin**

287579

Lci.COVID-19

Notulen dagelijkse wrap up 15 mei 2020

1/ Casuïstiek

(Nieuwe) casussen/clusters die aandacht behoeven:

Casuïstiek vorige bijeenkomst:

- Kind op speciaal onderwijs. Getest : pos. Geen klachten, Zusje met verkoudheidsklachten was negatief getest. Meer dan 72uur geleden getest, BCO-groepje overleg niet nodig want niet binnen 72 uur klachten ontwikkeld.
- Indicatie gegeven sequencing VPH ZHZ: 30 april eerste bewoner pos getest. Daarna lastig wie te testen obv klachten: 78 bewoners pos en 40 HCW pos. HCW worden na twee weken weer getest. Sequencing weten of er meerdere introducties zijn en hoeveel clusters er zijn, dynamiek in VPH. Wel goed navragen van EPI-info en hoe VPH georganiseerd is. (10)(2e) (10)(2e) is betrokken.
- Sanitaire vragen mbt opening. Formeel pas vanaf 1-7.

2/ Nieuwe ontwikkelingen internationaal (WHO / EWRS / HSC)

EWRS

- **Gesprekslijn 'uitbraken op vleesverwerkingsbedrijven',** input UK: Geen uitbraken gemeld. Verschaffen de link naar richtlijn voor mensen die in deze bedrijven werken.
- **Gesprekslijn 'definitie gezondheidsmedewerkers',** input UK: onderscheid healthcare workers (medical, nursing, allied professionals working in healthcare settings). Careworkers: brede en diverse groep van werken in de gemeenschap en 'social care settings'.
  Input Oostenrijk: verwijzen naar definitie zoals verschaft door de EU
- **Gesprekslijn 'grensbeleid'** input Duitsland: ontmoedigen onnodig reizen naar het buitenland. Restricties voor grenzen en luchtverkeer zijn nog van kracht. Quarantaine van inkomende reizigers wordt bepaald op federaal niveau.
- **Italië** is een wet aangenomen die het epidemiologische survey mogelijk maakt. Huisartsen en kinderartsen geven namen van patienten door, deze worden benaderd voor samples an vragenlijsten.

Internationale richtlijnen:

ECDC Rapid risk assessment: Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS -CoV-2 infection in children

In total, about 230 suspected cases of this new paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 infection (PIMS-TS) have been reported in EU/EEA countries and the UK in 2020, including two fatalities, one in the UK and one in France. These cases are being further investigated. So far, epidemiological studies have shown that children appear to be less affected by COVID-19. Only 2.1% of all laboratory-confirmed COVID-19 cases reported to The European Surveillance System (TESSy) were in the age group between 0 and 14 years of age.

To date, an association between SARS-CoV-2 infection and this new clinical entity of multisystem inflammation has not yet been established, although an association appears plausible. At current, the risk is assessed as follows:

• The overall risk of COVID-19 in children in the EU/EEA and UK is currently considered low, based on a low probability of COVID-19 in children and a moderate impact of such disease.

• The overall risk of PIMS-TS in children in the EU/EEA and the UK – is considered low, based on a very low probability of PIMS-TS in children and a high impact of such disease.

While the clinical management of these children has absolute priority, data collection from EU/EEA Member States and the UK would strengthen the body of knowledge for this rare condition and allow for a better analysis of these cases. An analysis of surveillance data could clarify the incidence of KD/PIMS and identify the most affected age groups and risk factors for both conditions.

ECDC has agreed with the EU/EAA Member States and the UK to include PIMS as a possible complication to be reported for EU-level COVID-19 surveillance. Research efforts should aim at a) determining the role of SARS-CoV-2 in the pathogenesis of PIMS-TS and b) answering other significant remaining questions.

Risk communication is needed to raise awareness in the medical community about PIMS-TS and inform parents and caregivers about signs and symptoms. The importance of timely contact with a healthcare worker should be stressed. Risk communication should emphasise that PIMS-TS is a rare condition and that its potential link with COVID-19 is neither established nor well understood.

ECDC CDTR: powerpoint presentation

3/ Taskforce 1: Test-, werk en infectie-preventiebeleid in de zorg (ketenpartners zorg)

- Voor maandag 18 mei is het testbeleid uitgebreid met aantal groepen. Wordt aangepast op alle docs op de LCI website en RIVM. Ook in inf@ctbericht opnemen maandag as.
- Testebeleid vph bezoekers in OMT besproken. Helma ook contact met NHG gehad, test beleid risicogroepen alleen indien behandel consequenties. Dit wordt aangepast. Ook in inf@ct bericht, na maandag. Huisgenoten van kwetsbaren vanaf 1 juni omdat dan iedereen getest kan worden en voor 1 juni mocht huishoudcontact in een van de groepen valt die per 18 mei getest worden.

4/ Taskforce 2: Liberty: Vertaalslag social distancing tijdens transitie

- (10)(2e): OMT-afwegingskader, bekijken hoe in volgende stap kan komen. Overleg met (10)(2e) (10)(2e) gehad. (10)(2e) en (10)(2e) stemmen bilateraal af, ook schakelen met (10)(2e)

5/ Taskforce 3: app/ bron- en contactonderzoek

- Maandag bijeenkomst over de app. (10)(2e) is betrokken.
- Uitwerking BCO: begin vlg week webinar, daarna verduidelinkingen in RL schrijven. Brieven verder uitwerken: vlg week verder mee. Mailadres is ook aangemaakt: (10)(2e) @rivm.nl voor vragen die hierover binnekomen.

6/ Taskforce 4: Dagelijkse sitrep, monitoring liften maatregelen en BCO/HP zone

- (10)(2e): overleg gehad. Vlg week mail uit doen naar de GGDen dat ze weer BCO moeten aanvinken, loopt nu nog niet. Planning is dinsdag eruit doen, week erop mee rouleren in RT.

7/ Taskforce 5: COVID-19 en de dieren

- Vandaag AO-z gehad met resultaten van verschillende onderzoeken waaronder nerts bedrijven, vier bedrijven waar covid is gevonden. Een bedrijf onder klachten, opvallend: asymptomatisch covid kunnen hebben. Teefjes m.n. net voor en na werping verhoogde uitval. Pups tot 5-6 weken borstvoeding en dan verdwijnen antistoffen en mogelijk kwetsbaar. Stofmonsters in stal pos, buiten stal neg. Verwilderde katten rondom stallen getest: 3/15 pos, geen kat PCR-pos. Geen humane transmissie tussen twee bedrijven, wel overloop van katten. Sequencing: sequentie van en medewerker lijkt erg op sequentie van die van een nerts. Komt meer sequencing onderzoek.
- I.v.m. asymptomatisch pos nertsen wordt er gekeken of er aanvullende maatregelen nodig zijn.
- Nertsen binnen 10 km van nertsbedrijven screenen op covid, evt. ook > 10 km. Vrijwillig of mandatory?
- Nu broedseizoen, niet met beesten slepen of oogsten/ruimen
- Nertsen ws door de mens besmet.
- Meeste bedrijven in Brabant regio maar ook in heel NL.

8/ Taskforce 6: Points of Entry

- Havens: schip wat naar Rdam komt. Onrust in haven. 25 opvarenden met 5 met klachten (mild). Hele bemanning gaat in quarantaine en wordt buiten haven van boord gehaald en vervangen door hele nieuwe groep bemanning. (10)(2e) met (10)(2e) comm oppakken zodat corperate het weet.

9/ Taskforce 7: BES/CAS

- Opdracht gekregen om op 4 juli weer CRB-OMT te organiseren.

10/ Taskforce 8: Zicht op de regio

- Vandaag capaciteitsrapport van GJOR openbaar gemaakt: hoge getallen waar GGden aan moeten voldoen, voor aantal GGDen uitdagend.. Verder vragen over BCO, ook met PBM hierin. Vragen over pos geteste mensen zonder klachten, hiervoor aparte brief maken?
- Clusters in instellingen, vraag hoe om te gaan met contacten die instelling aanlevert mbt HPzone en BCO? Registreren onder art 26? Dit doorsturen naar emailadres van BCO.
- Veel vragen vanuit scholen, kdv en instellingen en testen. overgaan op nieuw (Coron-IT) systeem kan evt tot vertraging leiden in aanmelden teststraten.

11/ Taskforce 9: Overige netwerken ketenpartners

- Taal- en inburgeringscursussen voor volwassenen die ook moeten reizen. Parallel trekken met HBO-WO-onderwijsgroepen? Examens opstarten? Vraag is of de LCI hier over moet adviseren? Kleinschalig organiseren met in acht nemen van de maatregelen. Per 15 juni weer toe te laten met max 100 pers. Trek parallel met onderwijs.

12/ Taskforce 10: Communicatie

- Kamerbrief L&V naar buiten gegaan, info staat al op NOS mbt risico voor huisdieren.
- Zondag zit (10)(2e) (10)(2e) bij Buitenhof.

13/ Taskforce 11: OMT

- Vandaag gehad. Zie voor adviezen OMT-adviesbrief. Volgend OMT 25-5 gepland VW: (10)(2e) en (10)(2e)

14/ Taskforce 12: overige zaken:

- Leefstijl en adviezen. SANL heeft info op Q&A gezet dat niet klopt. The Quardian heeft de info opgepakt. Imke pakt dit maandag verder op, betrekt ook (10)(2e) (10)(2e) erbij.

15/ Bezetting
Arts van dienst: (10)(2e) 1), (10)(2e) (2)

Zaterdag

Arts van de dag: (10)(2e) 1), (10)(2e) (2)
Voorwacht(en) van de dag (10)(2e) (stand by)
EWRS / WHO berichten bijhouden: (10)(2e)
SitRep (arts van de dag): (10)(2e)
Contactpersoon voor communicatie: (10)(2e), (10)(2e)

Zondag

Arts van de dag: (10)(2e) (1), (10)(2e) (2)
Voorwacht(en) van de dag (10)(2e) (10)(2e) stand by)
EWRS / WHO berichten bijhouden: (10)(2e)
SitRep (arts van de dag): (10)(2e)
Contactpersoon voor communicatie: (10)(2e) (10)(2e)

15/ Belangrijke openstaande acties (actielijst)

10/ Rondvraag en overig

287580

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

agenda

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 (10)(2e)
F 030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

Overleg	26e Responsteam overleg COVID-19
Vergaderdatum en -tijd	18 mei 2020 09.00 – 10.30 uur
Vergaderplaats	RIVM U 0.23 en 0.22 en Go to Meeting
Deelnemers	Zie deelnemerslijst
Inloggegevens	Please join my meeting Netherlands: +31 (10)(2e) Access Code: (10)(2g) (afsluiten met een #)

1. **Opening**

2. **Actuele situatie, stand van zaken**
   - Epidemiologie (+updates uit teststraten)
   - Fylogenie (overzicht verpleeghuizen; (10)(2e))
   - AOZ terugkoppeling ((10)(2e))

   - Stand van zaken BCO; monitoring contacten HP-zone (zie bijlage vanochtend)
   - Stand van zaken van uitwerking, aerosolvorming: sport ((10)(2e)), sauna, wellness, zangkoren, orkesten ((10)(2e))
   - wvttk

3. **Communicatie**

4. **Actielijst 22e RT**

5. **Rondvraag**

Besluiten (B)/actielijst (A)

287580

Nr.	Actie/ Besluit	Wat	Wie
1	B	Vanuit de LCI voor 13:00 (Lab)inf@ct versturen naar de meelezers (reactie meelezers voor 14:00 uur)	(10)(2e)/meelezers (Lab) inf@ct
211	A	Updates contact monitoring in RT presenteren; vanuit de regio?	(10)(2e)/ (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en /of (10)(2e)
219	A	Updates uitslagen teststraten in RT bespreken bij epidemiologie	(10)(2e)/(10)(2e)
212	A	Is uit nertsenfeces covid-19 kweekbaar? Resultaten gebruiken voor beleid bij (andere) nertsenbedrijven m.b.t. feces uitrijden. Organiseren AOZ?!	(10)(2e) (10)(2e)
213	A	Fylogenie overzicht verpleeghuizen presenteren.	(10)(2e) 19/5
214	A	Maandelijks update relatie luchtkwaliteit -veehouderij-covid-19 stavanza onderzoek.	(10)(2e)
215	A	Aerosolen en binnenmilieu voorleggen in OMT as vrijdag. Ook uitspraak formuleren over zingen en mogelijk aerosolen vorming.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
216	A	Advies behandeling feces materialen in klinisch chemische (en immunologisch diagnostische) laboratoria wordt voorgelegd aan Klinisch Chemische laboratoria, daarna introductie werkwijze. Ook publiceren (NTvG?) Vervolgens duiding voor algemeen publiek wat betreft feces en hygiënische maatregelen formuleren. Hierbij FMS; arts infectie preventie ((10)(2e) (10)(2e)); en deskundige infectiepreventie betrekken.	(10)(2e) (/ (10)(2e)) (10)(2e)/ (10)(2e) (10)(2e) /(10)(2e)
217	A	BCO info moet meer op de voorgrond in de rapportages op de web-site	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
218	A	Capaciteit laboratoria kan probleem opleveren bij herstart screeningsprogramma's bevolkingsonderzoek. Tevens zou idee geopperd zijn om vanaf 1/6/2020 burgers zonder triage zich online zouden kunnen aanmelden voor testen in de teststraat. Meedenken aanbieden!	(10)(2e)
208	A	Overzicht hoeveelheid testen (in teststraat) per GGD regio toesturen (uit ppt (10)(2e)). En de GGD'en die	(10)(2e)/(10)(2e)

287580

		nog geen gegevens hebben gedeeld motiveren dit ook as week aan te leveren.	
209	A B A	Webinar voor GGD'en over diagnostiek; afname technieken etc. ook aandacht voor afname "sabbelwat" bij kinderen. Voorkeur volgorde voor afname materiaal bij kinderen blijft 1 NP; 2 OP; 3 "sabbelwat" Diagnostiek afname en mogelijkheden ook verwerken in een (lab)inf@ct	(10)(2e (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e)
210	A	Contactbrieven vertalen in meerdere talen op verzoek GGD Amsterdam. Verzoek wordt verder uitgevraagd en indien nodig gehonnoreerd.	(10)(2e)
196	A	GGD'en in het noorden van het land stimuleren om isolaten in te sturen voor sequencen van verpleeghuizen (omdat je hier nog lage aantallen hebt; wat extra inzicht kan geven). Waarbij je dan bewoners/ medewerkers en inwoners van die gemeente gezamenlijk instuurt.	(10)(2e (10)(2e) (10)(2e)
206	A	Uitwerken welke bronnen samenvoegen bij covid nieuwsbrieven (nivel combineren met klinische nieuwsbrief) is echter complex...	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) heeft bij nivel neergelegd blijft complex wat je daar dan inzet.
204	A	Academischewerkplaatsen/GGD'en Zuid Limburg en Nijmegen Bij cluster in een schoolklas gehele klas te bemonsteren.	(10)(2e)
179	A	Randvoorwaarden testen moleculair en serologie. Conclusies volgen uit werkgroep serologie volgende RT terugkoppeling. Randvoorwaarden testen moleculair en serologie formuleren. +PM 2) In meldplicht serologie opnemen? Onder welke voorwaarden?	(10)(2e) (10)(2e) Later

287583

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

agenda

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl
KvK Utrecht 30276683

T 030 (10)(2e)
F 030 (10)(2e)
10(2e)@rivm.nl

Overleg	Risicogroepen en adviezen
Vergaderdatum en -tijd	19 mei 2020 15.45 – 17.15 uur
Vergaderplaats	webex
Deelnemers	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
Inloggegevens	Meeting number (access code): (10)(2g) Meeting password: (10)(2g) (10)(2g) from phones and video systems) Join by phone +31 (10)(2e)

1. **Opening, voorstelronde**
2. **Actuele situatie, stand van zaken**
    - Huidige risicogroepen, adviezen en maatregelen
    - Aanleiding voor revisie en vraag vanuit OMT
      "Een voorstel voor aanpassing van de definitie van de risicogroepen wordt provisioneel goedgekeurd, met de kanttekening dat de definitie van de hartcondities en chronische luchtwegaandoeningen nog afgestemd wordt met de desbetreffende specialistenverenigingen. Het OMT stelt nadrukkelijk dat men in individuele gevallen contact moet opnemen met de bedrijfsarts om na te gaan of het werk specifieke risico's oplevert."
3. **Risicogroepen op inhoud: afstemming**
4. **Risicogroepen en gevolgen voor maatregelen**
    - Algemene adviezen
    - Testbeleid
    - Bron- en contactonderzoek
    - Werk
5. **Actielijst**
6. **Rondvraag**

Besluiten (B)/actielijst (A)

Nr.	Actie/ Besluit	Wat	Wie

287593

Vanaf 1 juni kan iedereen met klachten die passen bij het nieuwe coronavirus zich laten testen. Wil je weten waar je je kan testen en hoe het in zijn werk gaat? (link naar RO)

Het uitgebreid testen van iedereen met klachten is belangrijk om het virus onder controle te houden. Het blijft nog steeds van groot belang dat zorgmedewerkers zich bij klachten laten testen. Bij het testbeleid van zorgmedewerkers wordt rekening gehouden met een optimale inzet van medewerkers, de gezondheid van de medewerkers zelf en het risico op besmetting van patiënten/cliënten. Deze informatie is hier te vinden: https://lci.rivm.nl/lci.rivm.nl/covid-19/bijlage/zorgmedewerkersinzetentestbeleid

Lees meer over testen en welke rol het RIVM hier in heeft.

Het RIVM en testen

Het RIVM stelt richtlijnen op voor het testen en het bron- en contact onderzoek. Testen is belangrijk om het virus onder controle te houden. De GGD 'en en ziekenhuizen voeren de testen uit. Daarbij is er een scherp oog voor de kwaliteit van de geboden testen. Op het moment onderzoeken we welke antistoffentest het meest betrouwbare resultaat geeft. Daarnaast zijn we momenteel aan het onderzoeken of het hebben van antistoffen ook betekent dat je het virus niet meer kan krijgen, en dat je hier niet meer ziek van kan worden. Mogelijk hebben mensen met milde klachten minder antistoffen, waardoor ze niet volledig beschermd zijn tegen het virus.

Over de testen

Twee soorten testen

Er zijn twee soorten testen. Een om vast te stellen of iemand het nieuwe coronavirus op dat moment heeft en één of iemand het nieuwe coronavirus heeft gehad.

Test of je nu besmet bent

PCR polymerase chain reaction -test

Dit is de meest gebruikte test. Hier mee kan worden vastgesteld of er genetisch materiaal (RNA ribonucleic acid) van het virus in neus- of mondholte zit. Met een wattenstaaf wordt een uitstrijkje genomen uit de neus en keel.

Deze test wordt door de GGD'en of ziekenhuizen gebruikt. Het duurt ongeveer 6 tot 8 uur voordat een uitslag bekend is. De laatste tijd zijn er ook snelle PCR-testen in gebruik die binnen een uur uitslag geven. Deze testen zijn bedoeld voor situaties waarin een snelle diagnose van levensbelang is. Bijvoorbeeld als iemand in verband met hartfalen of transplantatie in het ziekenhuis moet worden behandeld.

Test of besmet bent geweest

287593

Serologische test

Onderzoek om te kijken of er antistoffen tegen het nieuwe coronavirus in je bloed zitten. Hiervoor wordt wat bloed afgenomen. Deze testen worden op dit moment alleen afgenomen voor onderzoeksdoeleinden door geselecteerde laboratoria.

Sneltesten Even snel een serologische sneltest kopen bij een commerciële aanbieder om te kijken het virus al gehad hebt? Dat is geen goed idee. Er zijn veel van deze zogenaamde sneltesten in omloop. Uit onderzoek blijkt dat deze testen niet betrouwbaar zijn. (link taskforce samenvatting https://www.nvmm.nl/media/3520/20200519_status-en-resultaten-validatie-sneltesten_final.pdf Ook de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) heeft hier een bericht over naar buiten gebracht. Meer info bij IGJ. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wijst het gebruik van sneltesten af.

.

Evalueren van testen

Het RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu is als een van de organisaties betrokken bij het evalueren van PCR polymerase chain reaction testen en serologische testen. We krijgen vaak de vraag of ingediende testmethoden inderdaad geschikt zijn voor diagnostiek. De standaard PCR-test wordt in Nederland het meest toegepast in verschillende laboratoria en duurt ongeveer 6 tot 8 uur. De laatste tijd zijn er ook snelle PCR-testen in gebruik die binnen een uur uitslag geven. Deze testen zijn echter vooral bedoeld voor situaties waarin een snelle diagnose van levensbelang is. Bijvoorbeeld als iemand in verband met hartfalen of transplantatie in het ziekenhuis moet worden behandeld. Dit soort testen zijn niet bedoeld om te gebruiken in teststraten voor algemene COVID-19 diagnostiek.

Ook voor serologisch onderzoek zijn ook verschillende testen beschikbaar. Deze testen zijn bedoeld om te kijken of mensen antistoffen aanmaken tegen het nieuwe coronavirus. Ook zijn er varianten die de aanwezigheid van virus eiwitten aantonen. Ze worden gebruikt om op bevolkingsniveau te onderzoeken of mensen in Nederland afweer opbouwen tegen het virus. Ook zijn er allerlei serologische sneltesten. Tot nog toe zijn echter geen van deze door het RIVM onderzochte sneltesten geschikt voor diagnostiek bij individuele patiënten of voor thuisgebruik. Daarom is het RIVM terughoudend bij het in behandeling nemen van evaluatieverzoeken van sneltesten.

De Taskforce Serologie heeft een overzicht gemaakt van de validaties van verschillende testen voor de diagnostiek van SARS severe acute respiratory syndrome -CoV coronavirus -2. Het gaat om validaties van sneltesten en van serologische testen die in laboratoria worden gebruikt (ELISA en auto-analyser antilichaamtesten).

Testcapaciteit

De testcapaciteit is afhankelijk van mensen en materialen; Er zijn materialen nodig om de test af te nemen, zoals wattenstaafjes, verpakkingsmaterialen en persoonlijke beschermingsmiddelen voor de monsterafnemers. Ook zijn er materialen nodig voor de analyse in het lab: vloeistoffen, filters en onderdelen in de analyseapparatuur en de apparaten zelf. En er zijn natuurlijk mensen nodig: mensen om de tests af te nemen, te vervoeren en te analyseren in het lab, om de afspraken te maken en de uitslagen door te geven. Kortom: als we het hebben over testcapaciteit, gaat het dus om heel veel verschillende dingen. Door te testen volgens zorgvuldige richtlijnen zorgen we ervoor dat er voldoende voorzieningen beschikbaar zijn om deze op een efficiënte manier in te zetten. Het Nederlandse testbeleid komt voort uit adviezen van het Outbreak Management Team.

Ontwikkeling van alternatieven

Het RIVM kijkt samen met nationale en internationale laboratoria ook naar mogelijke aanvullingen op de huidige testen. Naast de huidige PCR (polymerase chain reaction)-testen, die het genetische materiaal van het virus aantonen, kijken we ook naar andere soorten testen. Het gaat dan om zogeheten antigeen testen, testen die aanwezigheid van virus eiwitten aantonen en naar serologische testen, testen de die aanwezigheid van antistoffen in het bloed aantonen. Door het gebruik van deze testen, bijvoorbeeld in combinatie met de huidige test, kan bij meer mensen onderzocht worden of ze het nieuwe coronavirus hebben (gehad).

Veelgestelde vragen

Veelgestelde vragen

Kan ik mezelf testen met sneltesten?

Het RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu doet onderzoek naar COVID-19 sneltesten die voor thuisgebruik of door commerciële partijen n op een locatie worden aangeboden. Dit zijn geen zelftesten, maar zogenaamde sneltesten. Tot nog toe is de kwaliteit van deze sneltesten nog onvoldoende om bij individuele patiënten te testen of om deze thuis te gebruiken. De uitslagen zijn niet betrouwbaar. Gebruikers kunnen onnodig ongerust worden of ze worden juist ten onrechte gerustgesteld. Ook de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd) heeft hier een bericht over naar buiten gebracht. Testen die thuis gebruikt kunnen worden om na te gaan of je een ziekte hebt zijn verboden als ze niet eerst beoordeeld zijn door een bevoegde instantie. Meer info bij IGJ. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wijst het gebruik van sneltesten af.

Wanneer wordt er iemand getest?

Als je een of meer klachten hebt die passen bij een infectie met COVID-19 wijzen kun je getest worden. (link RO naar info).

Milde klachten:
Verkoudheidsklachten, neusverkoudheid, loopneus, niezen, keelpijn, hoest,

287593

verhoging of als je plotseling niet goed meer ruikt of proeft. Kijk hier hoe je een afspraak maakt (link)

Ernstige klachten:
Benauwdheid en/of koorts (boven de 38 graden) of als je je steeds zieker voelt.
Bel dan direct de huisarts of de huisartsenpost.

Wordt er gezocht naar alternatieve manieren om te testen?Het RIVM doet samen met nationale en internationale laboratoria onderzoek naar andere manieren om te testen waarbij andere laboratoriummaterialen nodig zijn. Naast de huidige PCR polymerase chain reaction polymerase chain reaction-testen, die het genetische materiaal (RNA ribonucleic acid) van het virus aantonen, kijken we ook naar andere soorten testen. Het gaat dan om testen die aanwezigheid van viruseiwitten aantonen (antigeentesten). En naar testen die aanwezigheid van antistoffen in het bloed aantonen (serologische testen). Met behulp van deze testen, bijvoorbeeld in combinatie met de huidige test, kunnen we mogelijk in de toekomst bij meer mensen onderzoeken of ze het coronavirus hebben (gehad).

Kan ik laten testen of het virus al gehad heb en ik antistoffen heb tegen het nieuwe coronavirus?

Nee, wel worden mensen al in beperkte mate getest in het kader van onderzoek naar de verspreiding van het virus in Nederland. Op het moment onderzoeken we welke antistoffentest het meest betrouwbare resultaat geeft. We raden mensen af om zelf het bloed te laten testen op aanwezigheid van antistoffen tegen het nieuwe coronavirus. Dit kan een gevoel van schijnveiligheid geven. We zijn momenteel aan het onderzoeken of het hebben van antistoffen ook betekent dat je het virus niet meer kan krijgen en dat je hier niet meer ziek van kan worden. Mogelijk hebben mensen met milde klachten minder antistoffen, waardoor ze niet volledig beschermd zijn tegen het virus.

287598

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 030 (10)(2e)
info@rivm.nl

Bijlage 8.2 OMT 68

Resultaten gedragsonderzoek: 1,5 meter afstand houden wordt steeds lastiger

De 1,5 meter afstand houden lukt mensen steeds minder goed. Mensen met een hogere kans op een ernstig verloop van COVID-19 lukt het over het algemeen beter de coronamaatregelen op te volgen. Het draagvlak voor de hygiënemaatregelen, het thuisblijven bij verkoudheidsklachten en het afstand houden blijft met 90-95% onveranderd hoog. Dit blijkt uit het tweede gedragsonderzoek van het RIVM, GGD GHOR Nederland en de regionale GGD'en.

Desondanks lijkt het voor mensen lastiger om 1,5 meter afstand te bewaren. Het aantal mensen dat zegt dat anderen zelden of nooit in hun 1,5 meter komen, neemt vergeleken met half april af voor op het werk (-5%), bij het boodschappen doen (-9%) en bij het bezoeken van familie en vrienden (-12%). Er is ook een toename van het aantal mensen dat aangeeft dit (heel) moeilijk te vinden (+5%).

Gedragsmodellen bruikbaar bij COVID-19-preventie
In het tweede deel van het gedragswetenschappelijk onderzoek van RIVM en GGD'en naar COVID-19-preventie hebben de onderzoekers ook gekeken naar factoren die voorspellen hoe mensen met de gedragsadviezen omgaan. De onderzoekers bekeken de hygiënemaatregelen (20 seconden handen wassen, niezen in elleboog, zakdoek gebruiken), het vermijden van bezoek aan ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid en 1,5 meter afstand houden.

De uitkomsten laten zien dat mensen die zich bedreigd voelen door het virus en daar bezorgd over zijn de gedragsadviezen nauwkeuriger opvolgen. Mensen die aangeven vertrouwen te hebben in de effectiviteit van de maatregelen en aangeven deze zelf ook goed te kunnen uitvoeren, laten twee weken later ook een hogere mate van opvolgen van de maatregelen zien. Dit is in lijn met belangrijke gedragsmodellen die dus óók bruikbaar lijken om gedrag te begrijpen ten tijde van deze pandemie.

Hoewel de verschillen niet groot zijn, rapporteren mensen met een kwetsbare gezondheid vaker dat zij de hygiënemaatregelen opvolgen en de 1,5 meter afstand houden. Dat laatste geldt ook voor 70-plussers, die minder vaak mensen met een kwetsbare gezondheid bezoeken. Het lijkt er dus op dat ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid de gedragsadviezen wat beter volgen.

Volop steun voor gedragsregel 'vermijd drukte'

De opdracht 'vermijd drukte' is goed ontvangen als vervanger van 'blijf zoveel mogelijk thuis'. Maar liefst 95% steunt deze nieuwe gedragsregel, tegen 82% voor 'blijf zoveel mogelijk thuis' in de vorige meting. Net zoals in de eerste meting is het *overall* draagvlak voor onder meer de hygiënemaatregelen (90-95%), het 1,5 meter afstand houden (93%) en het thuisblijven bij verkoudheidklachten (92%) groot. De regels en adviezen die ons sociale leven beperken kunnen op minder steun rekenen. Denk aan zo min mogelijk bezoek ontvangen (80%) en zoveel mogelijk thuiswerken (81%). Het minst populair is de regel waarbij 1 of 2 aangewezen personen 70-plussers mogen bezoeken (71% steunt deze maatregel).

Uit dit onderzoek komen ook onduidelijkheden naar voren. Zo is het opvallend dat mensen die de kans groter achten dat ze besmet raken wel vaker geneigd zijn zich aan de hygiënemaatregelen te houden, maar juist minder vaak 1,5 meter afstand houden. Dat laatste wordt mogelijk verklaard doordat deze mensen 1,5 meter afstand houden zelf lastig vinden en daardoor denken dat de kans op besmetting groter is. Via verdiepend onderzoek hoopt het RIVM hier meer inzicht in te kunnen geven.

Onderzoek naar gedrag en welbevinden in coronatijd
Om beter te begrijpen hoe mensen denken over de afgekondigde maatregelen, wat hun drijfveren zijn om zich hier aan te houden en wat de impact op mensen is, voeren het RIVM, GGD GHOR Nederland en de regionale GGD'en samen een groot onderzoek uit. Het onderzoek gaat over het gedrag van mensen, wat ze vinden van de gedragsmaatregelen van de overheid en hoe het fysiek, mentaal en sociaal met ze gaat in dit coronatijdperk. De resultaten zijn afkomstig uit de tweede meting onder 53.000 mensen (7 -12 mei). Dit zijn mensen die ook aan de eerste meting van half april hebben deelgenomen. De derde meting vindt eind mei plaats.

Dit onderzoek is tot stand gekomen met financiering van NWO en ZonMw en met advies van de Wetenschappelijke Adviesraad van de Corona Gedragsunit van het RIVM. Naast dit vragenlijstonderzoek voert het RIVM ook op andere manieren onderzoek uit om meer inzicht te krijgen in bevolkingsgroepen die hieraan niet of in mindere mate meedoen.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
01-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	39.791	(+475)
Ziekenhuisopnames:	10.854	(+85)
Intensive Care opnames:	2.807	(+16)
Aantal overleden:	4.893	(+98)
Aantal zorgmedewerkers:	14.158	(+232)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 39.316 naar 39.791. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 4.893 (12% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 103).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (400); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, immuundeficiëntie. 10% (54) had geen onderliggend lijden en bij 20% (116) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 5a en 5b van de bijlage.
- In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. Een dalende trend is duidelijk zichtbaar.
- In de week van 16 april tot en met 22 april 2020 was de totale sterfte in Nederland sterk verhoogd. In totaal zijn 4.036 sterfgevallen gemeld, gewoonlijk verwachten we in deze tijd van het jaar tussen de 2.631 en 2.936 sterfgevallen. Dit is rondom 1,6 keer hoger dan de gemelde sterfte aan laboratoriumbevestigde COVID-19 in diezelfde week (770). De sterfte was sterk verhoogd in de leeftijdsgroepen 65-74 jaar en 75 jaar en ouder. Wel is de oversterfte minder groot in vergelijking met eerdere weken. Zie ook https://www.rivm.nl/monitoring-sterftecijfers-nederland

- Zorgmedewerkers: 14.158 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 49% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

287599

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 59.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Noord-Brabant	8.252	90	1,1	1..779	21,6	21
Zuid-Holland	8.232	117	1,4	3235	39,3	4
Noord-Holland	5.813	79	1,4	2.054	35,3	11
Gelderland	5.127	71	1,4	2.126	41,5	4
Limburg	4.137	39	1,0	1.449	35,0	[geen peilstation]
Utrecht	2.842	36	1,3	1.166	41,0	18
Overijssel	27.24	18	0,7	1.144	42,0	-
Flevoland	736	14	1,9	324	44,0	-
Zeeland	583	3	0,5	260	44,6	-
Friesland	529	3	0,6	216	40,8	-
Drenthe	475	2	0,4	212	44,6	-
Groningen	341	3	0,9	193	56,6	1
Totaal	**39.791**	**475**	**1,2**	**14.158**	**35,6**	**59**

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 10.854 (27% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
- Analyse NICE-gegevens 30-4-2020:
    - Van 7.504 personen in het ziekenhuis die niet op een IC hebben gelegen, is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 5.312 (71%) ontslagen uit het ziekenhuis, 836 (11%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 1.356 (18%) overleden.
    - De geschatte gemiddelde ligduur op een verpleegafdeling is 9 dagen.
- In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend zet door.

- Vandaag, 1 mei, zijn minder dan 700 patiënten opgenomen op een IC, namelijk 697 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:10 uur). Dit zijn er 20 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.807 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn 16 gevallen meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.661 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
- Analyse NICE-gegevens van 30-4-2020:
    - Van 2.721 personen die op de IC opgenomen (zijn) geweest is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 724 (27%) ontslagen uit het ziekenhuis, 680 (25%) nog opgenomen op de IC, 634 (23%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 683 (25%) overleden.
    - De geschatte gemiddelde ligduur op de IC is 19 dagen.
- In de figuur 13 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Gevolgen testbeleid

- In de afgelopen week bedroeg het aantal geteste personen ruim 37.000. Het bijbehorende percentage positief geteste personen is vorige week verder gedaald tot 13%; de afgelopen 4 dagen bedroeg dit zo'n 10%. Naast het afnemende aantal nieuwe patiënten door de maatregelen die op 16 maart genomen werden, speelt het veranderde testbeleid sinds 6 april hierbij een rol. Zie ook tabel 7 en figuur 15 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.

- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Aanstaande maandag 4 mei vindt een OMT plaats gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 3.214.256 (+83.984)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 232.570 (+5.787)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek voorbij in 20 Europese landen.
  - Totaal aantal gevallen: 1.126.337 (+13.670)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 131.138 (+1.988)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287601

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
04-05-2020 10:00 uur

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	40.770	(+199)
Ziekenhuisopnames:	11.037	(+42)
Intensive Care opnames:	2.815	(+5)
Aantal overleden:	5.082	(+26)
Aantal zorgmedewerkers:	14.729	(+157)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 40.571 naar 40.770. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.082 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 103).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (407); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, immuundeficiëntie. 10% (56) had geen onderliggend lijden en bij 21% (121) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 5a en 5b van de bijlage.
- In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. Een dalende trend is duidelijk zichtbaar.
- Sinds de griepepidemie van 2009 houdt het RIVM wekelijks het aantal overleden mensen in de gaten met gegevens van het CBS. Het doel van het monitoren van sterftecijfers is om de impact van een epidemie of een incident in beeld brengen. De analyse van de data in de week van 16 april tot en met 22 april 2020 liet een sterk verhoogde totale sterfte (1,100 en 1.405 meer sterfgevallen dan verwacht) in Nederland zien. De oversterfte was rondom 1,6 keer hoger dan de gemelde sterfte aan laboratoriumbevestigde COVID-19 in diezelfde week (770). De sterfte was sterk verhoogd in de leeftijdsgroepen 65-74 jaar en 75 jaar en ouder. Wel is de oversterfte minder groot in vergelijking met eerdere weken. Zie ook https://www.rivm.nl/monitoring-sterftecijfers-nederland

- Zorgmedewerkers: 14.729 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 78% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 2.
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 60.

Provincie	Aantal	**Absolute** toename t.o.v. gisteren	**Relatieve** toename t.o.v. gisteren (%)	**Aantal** zorgmedewerkers	**Percentage** zorgmedewerkers (%)	**Aantal vanuit** Nivel/RIVM-peilstations
Noord-Brabant	8.435	31	0,4	1.930	22,9	21
Zuid-Holland	8.447	31	0,4	3.338	39,5	4
Noord-Holland	5.942	23	0,4	2.125	35,8	12
Gelderland	5.282	25	0,5	2.203	41,7	4
Limburg	4.256	44	1	1.504	35,3	[geen peilstation]
Utrecht	2.912	16	0,6	1.224	42	18
Overijssel	2.783	12	0,4	1.176	42,3	-
Flevoland	756	5	0,7	334	44,2	-
Zeeland	593	5	0,9	264	44,5	-
Friesland	536	2	0,4	220	41	-
Drenthe	486	4	0,8	217	44,7	-
Groningen	342	1	0,3	194	56,7	1
Totaal	**40.770**	**199**	**0,5**	**14.729**	**36,1**	**60**

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.037 (27% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
- Analyse NICE-gegevens 30-4-2020:
  - Van 7.504 personen in het ziekenhuis die niet op een IC hebben gelegen, is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 5.312 (71%) ontslagen uit het ziekenhuis, 836 (11%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 1.356 (18%) overleden.
  - De geschatte gemiddelde ligduur op een verpleegafdeling is 9 dagen.
- In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend zet door.

- Vandaag, 4 mei, zijn minder dan 700 patiënten opgenomen op een IC, namelijk 633 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:34 uur). Dit zijn er 14 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.815 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn 5 gevallen meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.690 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
- Analyse NICE-gegevens van 30-4-2020:
  - Van 2.721 personen die op de IC opgenomen (zijn) geweest is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 724 (27%) ontslagen uit het ziekenhuis, 680 (25%) nog opgenomen op de IC, 634 (23%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 683 (25%) overleden.
  - De geschatte gemiddelde ligduur op de IC is 19 dagen.
- In de figuur 13 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Gevolgen testbeleid

- In de afgelopen week bedroeg het aantal geteste personen ruim 26.000. Het bijbehorende percentage positief geteste personen is vorige week verder gedaald tot 10%. Zie ook tabel 7 en figuur 15 van de bijlage.

- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Vandaag (maandag 4 mei) vindt een OMT plaats gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
    - Totaal aantal gevallen: 3.467.321 (+78.656)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 246.979 (+3.667)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in sommige Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.164.912 (+22.646)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 136.347 (+1.213)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287602

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
WEEKENDRAPPORTAGE
05-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	41.087	(+317)
Ziekenhuisopnames:	11.126	(+89)
Intensive Care opnames:	2.832	(+17)
Aantal overleden:	5.168	(+86)
Aantal zorgmedewerkers:	14.868	(+139)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 40.770 naar 41.087. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.168 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 103).

- Zorgmedewerkers: 14.868 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 44% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.126 (27% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).

- Het aantal IC opnames momenteel: 602 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:20 uur). Dit zijn er 45 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.832 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.702 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.

Gevolgen testbeleid

- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Gisteren (maandag 4 mei) heeft een OMT plaats gevonden gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 3.544.222 (+76.901)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 250.977 (+3.998)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in sommige Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.174.446 (+9.534)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 137.761 (+1.414)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
06-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	41.319	(+232)
Ziekenhuisopnames:	11.153	(+27)
Intensive Care opnames:	2.837	(+5)
Aantal overleden:	5.204	(+36)
Aantal zorgmedewerkers:	14.979	(+111)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 41.087 naar 41.319. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.204 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 103).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (416); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, immuundeficiëntie. 10% (57) had geen onderliggend lijden en bij 20% (121) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 5a en 5b van de bijlage.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. Een dalende trend is duidelijk zichtbaar.

- Zorgmedewerkers: 14.979 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 48% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

- Sinds afgelopen weekend zijn er in totaal meer positief geteste personen in Zuid-Holland dan in Noord-Brabant.
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 2 (Noord-Holland).
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 62.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	8581	54	0,6	3397	39,6	4
Noord-Brabant	8485	17	0,2	1976	23,3	21
Noord-Holland	6070	58	1,0	2160	35,6	14
Gelderland	5345	34	0,6	2238	41,9	4
Limburg	4290	20	0,5	1523	35,5	[geen peilstation]
Utrecht	2967	3	0,1	1242	41,9	18
Overijssel	2809	9	0,3	1190	42,4	-
Flevoland	788	17	2,2	343	43,5	-
Zeeland	607	12	2,0	267	44	-
Friesland	540	5	0,9	226	41,9	-
Drenthe	491	2	0,4	222	45,2	-
Groningen	346	1	0,3	195	56,4	1
Totaal	**41.319**	**232**	**0,6**	**14.979**	**36,3**	**62**

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.153 (27% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
    - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend zet door.

- Aantal IC opnames momenteel: 578 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:50 uur). Dit zijn er 24 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.837 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn 5 gevallen meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.705 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
    - In de figuur 13 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Gevolgen testbeleid

- In de afgelopen week bedroeg het aantal geteste personen bijna 28.000. Het bijbehorende percentage positief geteste personen is vorige week verder gedaald tot 10%. De afgelopen dagen was dit 8%. Zie ook tabel 7 en figuur 15 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Maandag 4 mei heeft een OMT plaatsgevonden gevolgd door een BAO.
- Vanavond zullen de besluiten in een persconferentie gecommuniceerd worden.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
    - Totaal aantal gevallen: 3.623.803 (+80.953)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 256.880 (+6.088)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.186.111 (+11.665)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 139.750 (+1.989)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
WEEKENDRAPPORTAGE
02-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	40.236	(+445)
Ziekenhuisopnames:	10.951	(+97)
Intensive Care opnames:	2.814	(+7)
Aantal overleden:	4.987	(+94)
Aantal zorgmedewerkers:	14.381	(+223)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 39.791 naar 40.236. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 4.987 (12% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 103).

- Zorgmedewerkers: 13.926 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 50% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 10.951 (27% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).

- Het aantal IC opnames momenteel: 660 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 37 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2814 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn 7 gevallen meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.667 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.

287604

Gevolgen testbeleid

- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Aanstaande maandag 4 mei vindt een OMT plaats gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 3.306.600 (+95.131)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 238.431 (+6142)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek voorbij in 20 Europese landen.
  - Totaal aantal gevallen: 1.142.587 (+16.250)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 133.341 (+2.203)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287605

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Het Outbreak Management Team
t.a.v. (10)(2e) (10)(2e)

Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en
Infectieziektenbestrijding

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e), (10)(2e)
(10)(2e)

T
M (31)- (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Kenmerk
1696906-205807-PG

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 29 mei 2020
Betreft Adviesaanvraag OMT-Z

Geachte heer (10)(2e)

We hebben in april geconstateerd dat nertsen besmet waren met SARS-CoV-2. Er is toen een aantal voorzorgsmaatregelen genomen voor de besmette bedrijven, nertsen mogen niet worden afgevoerd, er is een verbod om mest af te voeren en in de besmette stallen werd gewerkt met persoonlijke beschermingsmiddelen. Deze besmettingen hebben waarschijnlijk plaatsgevonden voordat bekend was dat de bedrijven besmet waren en er nog niet met persoonlijke beschermingsmiddelen werd gewerkt. Er is onderzoek uitgevoerd naar het voorkomen van het virus in de lucht binnen en buiten de stallen. Binnen is het virus wel aangetroffen maar buiten niet.

Er wordt vervolgonderzoek uitgevoerd naar de epidemiologie van SARS-CoV-2 bij verschillende diersoorten, waarvan we een deel van de resultaten en een veterinaire duiding voor de Deskundigengroep Dierziekten voor het OMT-Z zullen ontvangen. Het verslag van de Deskundigengroep Dierziekten wordt nagezonden, ik zal u dat zo spoedig mogelijk doen toekomen.

Ik vraag u advies uit te brengen over de resultaten uit deze onderzoeken.

Deze onderzoeken betreffen:
- Epidemiologisch onderzoek naar SARS-CoV-2 in nertsen dat mogelijk aanwijzingen geeft over of de infectie bij nertsen snel uitdooft of dat het virus blijft circuleren en daarmee of de nertsen op bedrijfsniveau een reservoir van SARS-CoV-2 kunnen vormen. Ook bestaat theoretisch de mogelijkheid dat via nertsen het virus in andere diersoorten, zoals katten, terecht komt. Ook daar wordt onderzoek naar gedaan.
- Screening (serologisch onderzoek) van alle nertsen bedrijven.
- Screening konijnenbedrijven in omgeving van besmette nertsenbedrijven
- Screening varkens via slachthuismonitoring
- Epidemiologisch en experimenteel onderzoek katten en honden

287605

Vragen aan het OMT-Z:
- Wat betekent het voor de volksgezondheid als SARS-CoV-2 op nertsen bedrijven niet snel uitdooft of langdurig op deze bedrijven zou blijven circuleren?
- Wat betekent het voor de volksgezondheid, als vanuit deze blijvend besmette nertsenbedrijven andere diersoorten, zoals katten, met SARS-CoV-2 besmet worden en in deze soorten reservoir vorming plaatsvindt?
- Hoe waarschijnlijk zijn bovengenoemde scenario's?
- Met welke maatregelen kunnen bovengenoemde risico's voor de volksgezondheid worden beperkt/voorkomen?
- Vormen de resultaten van het onderzoek een aanleiding om vanuit volksgezondheidoogpunt maatregelen te treffen om reservoirvorming van SARS-CoV-2 bij (nertsen,) honden en katten te voorkomen en op welke manier is dit mogelijk?

Directie Publieke Gezondheid
Crisisbeheersing en
Infectieziektenbestrijding

Kenmerk
1696906-205807-PG

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) Volksgezondheid,
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Afwegingen voor infectiepreventie in het openbaar vervoer

Definitief, vastgesteld in OMT 4 mei

Achtergrond

Naar aanleiding van de SARS-CoV-2-pandemie zijn in Nederland sinds half maart strenge maatregelen van kracht om de verspreiding van het virus te vertragen. Deze maatregelen hebben ertoe geleid dat het aantal reizigers in het openbaar vervoer (OV) drastisch is verminderd. Ook zijn dienstregelingen aangepast waardoor minder OV-bewegingen plaatsvinden. Met de huidige bewegingen en sterk verminderde aantallen passagiers is het op dit moment overwegend rustig in het OV en is kans op virustransmissie beperkt. Onder het OV wordt verstaan: trein, bus, metro, tram en veerdiensten.

Met de overgang naar minder strenge maatregelen zal het in de komende periode drukker worden in het OV en zal het onderhouden van omstandigheden die virustransmissie beperken moeilijker worden. Het houden van 1,5 meter afstand zal niet altijd mogelijk zijn. Door de toenemende drukte stijgen de risico's op overdracht via druppels en via met lichaamsvloeistoffen besmette oppervlakten.

ECDC heeft op 29 april jl. een technical report gepubliceerd met overwegingen voor COVID-19-preventie in het OV (ECDC 2020). Het ECDC adviseert het gebruik van mondneusmaskers (medisch of niet-medisch) voor passagiers in het openbaar vervoer te overwegen, met name als social distancing niet kan worden gegarandeerd, en met speciale aandacht voor voorlichting omtrent juist gebruik en weggooien. In België en Duitsland worden de beperkende maatregelen voor COVID-19-bestrijding, net als in Nederland, stapsgewijs verminderd en wordt een toenemend aantal reizigers in het OV voorzien. Daar worden naast maatregelen om contact tussen reizigers te vermijden het dragen van (niet-medische) mondmaskers in het openbaar vervoer verplicht.

Vraagstelling

Welke infectiepreventiemaatregelen zijn nodig in het OV om transmissie van SARS-CoV-2 te voorkomen c.q. te beheersen?

Uitgangspunten

Mensen met COVID-19-klachten vormen het grootste risico voor transmissie van het SARS-CoV-2-virus in openbare ruimten. Daarom geldt hier het advies dat mensen met klachten thuis moeten blijven en extra aandacht moeten geven aan hygiëne. Er zijn aanwijzingen voor pre- en/of vroegsymptomatische transmissie. De range waaraan zij mogelijk bijdragen aan de transmissie is nog niet met zekerheid vastgesteld. Ook niet in welke situatie en/of setting mogelijke transmissie zou kunnen plaatsvinden. Wel duiden beschikbare gegevens er op dat in ieder geval pre- en vroegsymptomatische mensen even besmettelijk kunnen zijn als mensen later in het ziektebeeld. Zij die nauw contact

hebben gehad met een bevestigde COVID-19-patiënt worden geacht niet aan het OV deel te nemen.

Deze maatregelen dienen constant te worden benadrukt in de communicatie naar OV-reizigers.

Maatregelen voor reizigers in het OV

Bij de huidige OV-capaciteit is het houden van afstand tussen reizigers alleen mogelijk als het *aantal* reizigers *beperkt* blijft. Bij het gebruik van OV dient prioriteit gegeven te worden aan essentiële reizen (school, werk). Het is belangrijk dit te (blijven) communiceren. Voor mensen die reizen met het OV is *social distancing* de belangrijkste maatregel ter preventie van SARS-CoV-2-infectie. De regels in het OV zijn hetzelfde als in het normale openbare leven, maar zijn moeilijker te hanteren. OV-reizigers dienen er dan ook steeds te worden gewezen op het belang van het houden van afstand tot elkaar, en het consequent toepassen van hand-, hoest- en nieshygiëne.

Aanwijzingen voor praktische invulling

Communicatie via informatieschermen, omroepen via luidsprekers en informatieverstrekking door medewerkers op stations en in het vervoer:

- reis alleen met OV indien noodzakelijk;
- reis niet bij klachten passend bij COVID-19;
- zorg voor goede hand- en hoesthygiëne;
- houd afstand;
- houd rekening met langere reistijd;
- gebruik van zit- en staanplaatsen en eventuele verboden op staand vervoer;
- andere regels waaronder het eventuele gebruik van mond-neusmaskers (zie verder).

Aanvullende maatregelen voor (inrichten van) het OV

Voor social distancing in het OV zijn de volgende maatregelen van belang:

- aanpassen van dienstregelingen;
- aanpassen en markeren van loopstromen;
- vergroten van vervoerscapaciteit;
- beperken (door markeren, verwijderen of afschermen) van te gebruiken zit- en staanplaatsen.

Voor het verminderen van het risico op SARS-CoV-2-transmissie door druppels geldt het advies:

- stimuleren van goede natuurlijke en mechanische ventilatie door het openen van ramen en/of luiken en het in werking stellen en houden van ventilatiesystemen.

Voor hanteren van goede hygiëne voor vermindering van het risico op contactinfecties:

- frequente reiniging van sanitair en oppervlakken (handgrepen, deurknoppen etc.);
- middelen voor handhygiëne (handalcohol) beschikbaar stellen aan reizigers in het OV en op stations.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Aanvullende maatregelen voor medewerkers OV

Een deel van het OV-personeel heeft regelmatig contact met reizigers. Het hanteren van social distancing in deze contacten is niet altijd mogelijk. Frequent contact met reizigers vergroot de kans op COVID-19-besmetting. Contact tussen reizigers en personeel kan in het OV voor een groot deel beperkt worden door:

- afschermen van medewerkers die niet in contact hoeven te zijn met passagiers;
- plaatsen van spatschermen tussen passagiers en medewerkers;
- aanpassen van werkzaamheden (voor medewerkers behorend tot risicogroepen voor COVID-19).

Voor OV-medewerkers waarbij social distancing met reizigers op onverwachte momenten niet kan worden voorkomen, kan het beschikbaar stellen van niet-medische adembescherming zoals face-shields overwogen worden.

Schoonmaakpersoneel loopt het risico om in contact te komen met infectieuze lichaamsvloeistoffen via de oppervlakken die worden gereinigd en kan beschermd worden door:

- werkkleding en beschermende middelen in de vorm van handschoenen.

Naast specifieke COVID-19-maatregelen kan er ook sprake zijn van reeds bestaande aanvullende en/of strengere maatregelen vanuit de richtlijnen, kwaliteitsnormen of wetgeving voor specifieke beroepsgroepen. Deze zijn dan onverminderd geldig.

Het gebruik van mondneusmaskers door passagiers

Adviezen:[1]

- Medische mondneusmaskers dienen gereserveerd te worden voor gebruik in de zorg en dienen gebruikt te worden conform de vigerende adviezen.
- Het OMT adviseert geen algemeen gebruik van niet-medische mondneusmaskers in de publieke ruimte daar waar het mogelijk is anderhalve meter afstand te bewaren.
- Voor het gebruik van niet-medische mondneusmaskers in settings waar het niet mogelijk is om 1,5 meter afstand te bewaren en waarbij het niet mogelijk is om triage toe te passen, kan het OMT, vanwege het gebrek aan eenduidig bewijs van het effect van niet-medische adembescherming, geen richtinggevend positief advies uitbrengen dat voldoende inhoudelijk onderbouwd is. Het OMT stelt daarom dat gebruik van niet-medische mondneusmaskers overwogen kan worden in die settings waar het niet mogelijk is om anderhalve meter afstand te houden en triage toe te passen.

Literatuur

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) 2020. Considerations for infection prevention and control measures on public transport in the context of COVID-19: ECDC Technical report.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) 2020. Using face masks in the community: reducing COVID-19 transmission from potentially asymptomatic or pre-symptomatic people through the use of face masks. 8 April 2020. Stockholm: ECDC;

[1] Zie voor achterliggende argumenten het OMT advies dd 4 mei 2020.

287607

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

2020. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission

CDC 2020. Recommendation Regarding the Use of Cloth Face Coverings, Especially in Areas of Significant Community-Based Transmission.
https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover.html

WHO 2020. Advise on the use of masks in the context of COVID-19; interim guidance. 6 April 2020.

287608

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
08-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	42.093	(+319)
Ziekenhuisopnames:	11.227	(+35)
Intensive Care opnames:	2.851	(+13)
Aantal overleden:	5.359	(+71)
Aantal zorgmedewerkers:	15.277	(+168)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 41.774 naar 42.093. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.359 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (424); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, immuundeficiëntie. 10% (60) had geen onderliggend lijden en bij 20% (122) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a en 4b van de bijlage.
  - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. Een dalende trend is duidelijk zichtbaar.
- In de week van 23 april tot en met 29 april 2020 was de totale sterfte in Nederland sterk verhoogd. In totaal zijn 3.580 sterfgevallen gemeld, gewoonlijk verwachten we in deze periode tussen de 2.609 en 2.913 sterfgevallen. Dit is rondom 1,5 keer hoger dan de gemelde sterfte aan laboratoriumbevestigde COVID-19 in diezelfde week (533). De sterfte was licht verhoogd in de leeftijdsgroepen 35-44 jaar en 55-64 jaar, verhoogd in de leeftijdsgroepen 45-54 en 65-74 jaar en sterk verhoogd in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder. Wel is de oversterfte minder groot in vergelijking met eerdere weken. Zie ook https://www.rivm.nl/monitoring-sterftecijfers-nederland

- Zorgmedewerkers: 15.277 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 53% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 63.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	8760	82	0,9	3480	39,7	4
Noord-Brabant	8573	36	0,4	2001	23,3	22
Noord-Holland	6162	42	0,7	2219	36,0	14
Gelderland	5408	38	0,7	2275	42,1	4
Limburg	4358	44	1,0	1548	35,5	[geen peilstation]
Utrecht	3161	22	0,7	1271	40,2	18
Overijssel	2847	20	0,7	1215	42,7	-
Flevoland	803	10	1,3	345	43,0	-
Zeeland	620	5	0,8	276	44,5	-
Friesland	562	19	3,5	227	40,4	-
Drenthe	492	1	0,2	224	45,5	-
Groningen	347	0	0,0	196	56,5	1
Totaal	**42.093**	**319**	**0,8**	**15.277**	**36,3**	**63**

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.227 (27% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend zet door.
- Analyse NICE-gegevens 07-05-2020:
  - Van 7.834 personen in het ziekenhuis die niet op een IC hebben gelegen, is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 5.640 (72%) ontslagen uit het ziekenhuis, 772 (10%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 1.422 (18%) overleden.
  - De geschatte gemiddelde ligduur op een verpleegafdeling is 9,5 dagen.

- Aantal IC opnames momenteel: 531 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:50 uur). Dit zijn er 17 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.851 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn 13 gevallen meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.726 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.
- Analyse NICE-gegevens van 07-05-2020:
  - Van 2.769 personen die op de IC opgenomen (zijn) geweest is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 886 (32%) ontslagen uit het ziekenhuis, 505 (18%) nog opgenomen op de IC, 655 (24%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 723 (26%) overleden.
  - De geschatte gemiddelde ligduur op de IC is 19 dagen.

Gevolgen testbeleid

- In de afgelopen drie dagen bedroeg het aantal geteste personen ruim 15.000. Het bijbehorende percentage positief geteste personen was rond de 8%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Maandag 4 mei heeft een OMT plaatsgevonden gevolgd door een BAO.
- De maatregelen zijn gepresenteerd tijdens de persconferentie op 6 mei.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 3.807.852 (+95.280)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 269.068 (+5.993)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.216.901 (+13.520)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 143.730 (+1.731)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
WEEKENDRAPPORTAGE
10-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	42.627	(+245)
Ziekenhuisopnames:	11.307	(+22)
Intensive Care opnames:	2.860	(-1) *
Aantal overleden:	5.440	(+18)
Aantal zorgmedewerkers:	15.556	(+116)

- Data van https://stichting-nice.nl/ 10-05-2020 13.10

Data van

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 42.382 naar 42.627. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.440 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).

- Zorgmedewerkers: 15.556 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 47% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.307 (27% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).

- Het aantal IC opnames momenteel: 496 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 13:10 uur). Dit zijn er 13 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.860 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit is er 1 minder dan gister is gemeld
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.741 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.

Gevolgen testbeleid

- Van 4 t/m 7 mei bedroeg het aantal geteste personen ruim 15.000. Het bijbehorende percentage positief geteste personen was rond de 8%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid
- Maandag 4 mei heeft een OMT plaatsgevonden gevolgd door een BAO.
- De maatregelen zijn gepresenteerd tijdens de persconferentie op 6 mei.

Internationaal
- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 3.986.119 (+87.461)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 278.814 (+4.524)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.239.428 (+9.788)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 146.700 (+1.139)

Duiding
- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
08-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	42.093	(+319)
Ziekenhuisopnames:	11.227	(+35)
Intensive Care opnames:	2.851	(+13)
Aantal overleden:	5.359	(+71)
Aantal zorgmedewerkers:	15.277	(+168)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 41.774 naar 42.093. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.359 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (424); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, immuundeficiëntie. 10% (60) had geen onderliggend lijden en bij 20% (122) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a en 4b van de bijlage.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. Een dalende trend is duidelijk zichtbaar.
- In de week van 23 april tot en met 29 april 2020 was de totale sterfte in Nederland sterk verhoogd. In totaal zijn 3.580 sterfgevallen gemeld, gewoonlijk verwachten we in deze periode tussen de 2.609 en 2.913 sterfgevallen. Dit is rondom 1,5 keer hoger dan de gemelde sterfte aan laboratoriumbevestigde COVID-19 in diezelfde week (533). De sterfte was licht verhoogd in de leeftijdsgroepen 35-44 jaar en 55-64 jaar, verhoogd in de leeftijdsgroepen 45-54 en 65-74 jaar en sterk verhoogd in de leeftijdsgroep 75 jaar en ouder. Wel is de oversterfte minder groot in vergelijking met eerdere weken. Zie ook https://www.rivm.nl/monitoring-sterftecijfers-nederland

- Zorgmedewerkers: 15.277 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 53% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 63.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	8760	82	0,9	3480	39,7	4
Noord-Brabant	8573	36	0,4	2001	23,3	22
Noord-Holland	6162	42	0,7	2219	36,0	14
Gelderland	5408	38	0,7	2275	42,1	4
Limburg	4358	44	1,0	1548	35,5	[geen peilstation]
Utrecht	3161	22	0,7	1271	40,2	18
Overijssel	2847	20	0,7	1215	42,7	-
Flevoland	803	10	1,3	345	43,0	-
Zeeland	620	5	0,8	276	44,5	-
Friesland	562	19	3,5	227	40,4	-
Drenthe	492	1	0,2	224	45,5	-
Groningen	347	0	0,0	196	56,5	1
Totaal	**42.093**	**319**	**0,8**	**15.277**	**36,3**	**63**

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.227 (27% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend zet door.
- Analyse NICE-gegevens 07-05-2020:
  - Van 7.834 personen in het ziekenhuis die niet op een IC hebben gelegen, is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 5.640 (72%) ontslagen uit het ziekenhuis, 772 (10%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 1.422 (18%) overleden.
  - De geschatte gemiddelde ligduur op een verpleegafdeling is 9,5 dagen.

- Aantal IC opnames momenteel: 531 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:50 uur). Dit zijn er 17 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.851 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn 13 gevallen meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.726 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.
- Analyse NICE-gegevens van 07-05-2020:
  - Van 2.769 personen die op de IC opgenomen (zijn) geweest is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 886 (32%) ontslagen uit het ziekenhuis, 505 (18%) nog opgenomen op de IC, 655 (24%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 723 (26%) overleden.
  - De geschatte gemiddelde ligduur op de IC is 19 dagen.

Gevolgen testbeleid

- In de afgelopen drie dagen bedroeg het aantal geteste personen ruim 15.000. Het bijbehorende percentage positief geteste personen was rond de 8%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Maandag 4 mei heeft een OMT plaatsgevonden gevolgd door een BAO.
- De maatregelen zijn gepresenteerd tijdens de persconferentie op 6 mei.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
    - Totaal aantal gevallen: 3.807.852 (+95.280)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 269.068 (+5.993)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.216.901 (+13.520)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 143.730 (+1.731)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
07-05-2020 10:00 uur

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	41.774 (+455)
Ziekenhuisopnames:	11.192 (+39)
Intensive Care opnames:	2.838 (+1)
Aantal overleden:	5.288 (+84)
Aantal zorgmedewerkers:	15.109 (+130)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 41.319 naar 41.774. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.288 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 103).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (422); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, immuundeficiëntie. 10% (58) had geen onderliggend lijden en bij 20% (120) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a en 4b van de bijlage.
  - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. Een dalende trend is duidelijk zichtbaar.

- Zorgmedewerkers: 15.109 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 29% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

- Sinds afgelopen weekend zijn er in totaal meer positief geteste personen in Zuid-Holland dan in Noord-Brabant.
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 1 (Noord-Brabant).
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 63.

287614

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	8678	97	1.1	3433	39.6	4
Noord-Brabant	8537	52	0.6	1988	23.3	22
Noord-Holland	6120	50	0.8	2186	35.7	14
Gelderland	5370	25	0.5	2250	41.9	4
Limburg	4314	24	0.6	1532	35.5	[geen peilstation]
Utrecht	3139	172	5.8	1258	40.1	18
Overijssel	2827	18	0.6	1202	42.5	-
Flevoland	793	5	0.6	343	43.3	-
Zeeland	615	8	1.3	272	44.2	-
Friesland	543	3	0.6	225	41.4	-
Drenthe	491	0	0	224	45.6	-
Groningen	347	1	0.3	196	56.5	1
Totaal	41774	455	1.1	15.109	36,2	63

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.151 (27% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend zet door.

- Aantal IC opnames momenteel: 548 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:50 uur). Dit zijn er 30 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.838 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit is 1 geval meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.712 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Gevolgen testbeleid

- In de afgelopen drie dagen bedroeg het aantal geteste personen bijna 11.000. Het bijbehorende percentage positief geteste personen was rond de 8%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Maandag 4 mei heeft een OMT plaatsgevonden gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 3.713.796 (+90.003)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 263.288 (+6.418)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.203.381 (+17.270)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 141.999 (+2.249)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287615

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
19-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.249	(+108)
Ziekenhuisopnames:	11.613	(+34)
Intensive Care opnames:	2.843	(+2)
Aantal overleden:	5.715	(+21)
Aantal zorgmedewerkers:	16.186	(+43)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.141 naar 44.249. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9448	35	0,4	3743	39,6	4
Noord-Brabant	8887	19	0,2	2163	24,3	22
Noord-Holland	6508	17	0,3	2336	35,9	15
Gelderland	5625	16	0,3	2378	42,3	4
Limburg	4548	3	0,1	1617	35,6	[geen peilstation]
Utrecht	3357	10	0,3	1387	41,3	18
Overijssel	2928	6	0,2	1250	42,7	-
Flevoland	866	1	0,1	374	43,2	-
Zeeland	637	1	0,2	278	43,6	-
Friesland	594	0	0	238	40,1	-
Drenthe	499	0	0	225	45,1	-
Groningen	352	0	0	197	56,0	1
Totaal	**44.249**	**108**	**0,2**	**16.186**	**36,6**	**64**

Ziekenhuisopnames

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.613 (26% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

IC opnames

- Aantal IC opnames momenteel: 303 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 28 minder dan gisteren.

- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.843 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 2 meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.795 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
    - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Sterfgevallen

- Totaal: 5.715 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (451); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (67) had geen onderliggend lijden en bij 20% (128) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a en 4b van de bijlage 'COVID-19 Website rapport'.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

Zorgmedewerkers

- Totaal: 16.186 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 40% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid

- Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag. Ook het aantal mensen dat bij de huisarts komt vanwege klachten die passen bij het coronavirus daalt nog steeds. Dat blijkt uit cijfers van het Nivel. De virologische dagstaten laten zien dat, ondanks een ruimer testbeleid, de laatste drie weken het aantal geteste personen met klachten rond de 30.000 bleef liggen. Van deze geteste mensen heeft een steeds lager percentage COVID-19. Afgelopen week was dit 5%, maar eind maart was 29% van het aantal testen positief voor het coronavirus. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Vrijdag 15 mei heeft een OMT plaatsgevonden, wat op maandag 18 mei is gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC).
    - Totaal aantal gevallen: 4.766.468 (+86.960)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 318.201 (+3.197)

- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.317.267 (+6.201)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 157.312 (+636)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
13-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	43.211	(+227)
Ziekenhuisopnames:	11.430	(+52)
Intensive Care opnames:	2.824	(-48)*
Aantal overleden:	5.562	(+52)
Aantal zorgmedewerkers:	15.798	(+87)

* zie uitleg pagina 2

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 42.984 naar 43.211. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd. Het valt op dat ruim 40% van de nieuwe gevallen in de provincie Zuid-Holland zijn gevonden. Hiervan is 40% zorgmedewerker. De relatieve toename is in deze provincie hoger dan in andere provincies.

- Sterfgevallen: 5.562 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (435); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (63) had geen onderliggend lijden en bij 20% (125) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a en 4b van de bijlage 'COVID-19 Website rapport'.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. Een dalende trend is duidelijk zichtbaar.

- Zorgmedewerkers: 15.798 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 38% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 63.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9114	97	1,1	3634	39,9	4
Noord-Brabant	8736	18	0,2	2106	24,1	22
Noord-Holland	6343	32	0,5	2277	35,9	14
Gelderland	5516	19	0,3	2313	41,9	4
Limburg	4455	21	0,5	1589	35,7	[geen peilstation]
Utrecht	3254	20	0,6	1351	41,5	18
Overijssel	2889	13	0,5	1229	42,5	-
Flevoland	845	3	0,4	366	43,3	-
Zeeland	626	1	0,2	277	44,2	-
Friesland	585	2	0,3	235	40,2	-
Drenthe	497	1	0,2	224	45,1	-
Groningen	351	0	0	197	56,1	1
Totaal	**43.211**	**227**	**0,5**	**15.798**	**36,6**	**63**

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.430 (27% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

- Aantal IC opnames momenteel: 399 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:40 uur). Dit zijn er 27 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.824 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen).
  - Dit zijn 48 gevallen minder dan gisteren was gerapporteerd. Dit komt door de correcties die recent hebben plaatsgevonden van dubbel ingevoerde patiënten (i.v.m. overplaatsingen) en van het aanpassen van verdachte gevallen naar 'negatief voor SARS-CoV-2' in de NICE-registratie.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.762 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Gevolgen testbeleid
- In de afgelopen week was het percentage positieve testen 7,2%. Zie ook tabel 6 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid
- Maandag 4 mei heeft een OMT plaatsgevonden gevolgd door een BAO.
- Het volgende OMT staat gepland op vrijdag 15 mei 2020.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 4.223.047 (+85.953)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 291.519 (+5.759)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.268.603 (+9.488)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 150.327 (+1.704)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
19-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.249	(+108)
Ziekenhuisopnames:	11.613	(+34)
Intensive Care opnames:	2.843	(+2)
Aantal overleden:	5.715	(+21)
Aantal zorgmedewerkers:	16.186	(+43)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.141 naar 44.249. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9448	35	0,4	3743	39,6	4
Noord-Brabant	8887	19	0,2	2163	24,3	22
Noord-Holland	6508	17	0,3	2336	35,9	15
Gelderland	5625	16	0,3	2378	42,3	4
Limburg	4548	3	0,1	1617	35,6	[geen peilstation]
Utrecht	3357	10	0,3	1387	41,3	18
Overijssel	2928	6	0,2	1250	42,7	-
Flevoland	866	1	0,1	374	43,2	-
Zeeland	637	1	0,2	278	43,6	-
Friesland	594	0	0	238	40,1	-
Drenthe	499	0	0	225	45,1	-
Groningen	352	0	0	197	56,0	1
Totaal	**44.249**	**108**	**0,2**	**16.186**	**36,6**	**64**

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.613 (26% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
    - In figuur 2 van de bijlage 'COVID-19 Website rapport' is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

IC opnames

287617

- Aantal IC opnames momenteel: 303 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 28 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.843 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 2 meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.795 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.715 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (451); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (67) had geen onderliggend lijden en bij 20% (128) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a b van de bijlage.
  - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.186 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 40% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid
- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 3 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen is vorige week gedaald naar zo'n 5%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid
- Vrijdag 15 mei heeft een OMT plaatsgevonden, wat op maandag 18 mei is gevolgd door een BAO. Vanavond worden de kabinetsbeslissingen over de coronamaatregelen in een persconferentie bekend gemaakt.

Internationaal
- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 4.766.468 (+86.960)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 318.201 (+3.197)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.317.267 (+6.201)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 157.312 (+636)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag. Ook het aantal mensen dat bij de huisarts komt vanwege klachten die passen bij het coronavirus daalt nog steeds. Dat blijkt uit cijfers van het Nivel. De virologische dagstaten laten zien dat, ondanks een ruimer testbeleid, de laatste drie weken het aantal geteste personen met klachten rond de 30.000 bleef liggen. Van deze geteste mensen heeft een steeds lager percentage COVID-19. Afgelopen week was dit 5%, terwijl eind maart nog 29% van het aantal testen positief was voor het coronavirus.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
20-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.447	(+198)
Ziekenhuisopnames:	11.627	(+14)
Intensive Care opnames:	2.849	(+6)
Aantal overleden:	5.748	(+33)
Aantal zorgmedewerkers:	16.239	(+53)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.249 naar 44.447. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9526	59	0,6	3766	39,5	4
Noord-Brabant	8879	28	0,3	2148	24,2	22
Noord-Holland	6519	30	0,5	2330	35,7	15
Gelderland	5651	38	0,7	2369	41,9	4
Limburg	4562	4	0,1	1624	35,6	[geen peilstation]
Utrecht	3391	18	0,5	1406	41,5	18
Overijssel	2933	8	0,3	1251	42,7	-
Flevoland	889	6	0,7	396	44,5	-
Zeeland	647	3	0,5	283	43,7	-
Friesland	602	2	0,3	243	40,4	-
Drenthe	503	2	0,4	230	45,7	-
Groningen	345	0	0	193	55,9	1
Totaal	**44.447**	**198**	**0,4**	**16.239**	**36,5**	**64**

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.627 (26% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
    - In figuur 2 van de bijlage 'COVID-19 Website rapport' is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum van ziekenhuisopname. De dalende trend blijft doorzetten.

IC opnames

- Aantal IC opnames momenteel: 289 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 14 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.849 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 6 meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.799 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.748 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (452); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (67) had geen onderliggend lijden en bij 20% (128) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a/b van de bijlage.
  - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar datum van overlijden. De dalende trend blijft doorzetten.

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.239 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 27% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid
- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 3 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen is vorige week gedaald naar zo'n 5%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid
- Vrijdag 15 mei heeft een OMT plaatsgevonden, wat op maandag 18 mei is gevolgd door een BAO. Vanavond worden de kabinetsbeslissingen over de coronamaatregelen in een persconferentie bekend gemaakt.

Internationaal
- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 4.861.456 (+94.988)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 322.483 (+4.282)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.324.183 (+6.916)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 158.134 (+822)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag. Ook het aantal mensen dat bij de huisarts komt vanwege klachten die passen bij het coronavirus daalt nog steeds. Dat blijkt uit cijfers van het Nivel. De virologische dagstaten laten zien dat, ondanks een ruimer testbeleid, de laatste drie weken het aantal geteste personen met klachten rond de 30.000 bleef liggen. Van deze geteste mensen heeft een steeds lager percentage COVID-19. Afgelopen week was dit 5%, terwijl eind maart nog 29% van het aantal testen positief was voor het coronavirus.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
14-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	43.481	(+270)
Ziekenhuisopnames:	11.457	(+27)
Intensive Care opnames:	2.830	(+6)
Aantal overleden:	5.590	(+28)
Aantal zorgmedewerkers:	15.871	(+73)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 43.211 naar 43.481. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.590 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (437); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (64) had geen onderliggend lijden en bij 20% (125) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a en 4b van de bijlage 'COVID-19 Website rapport'.
  - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

- Zorgmedewerkers: 15.871 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 27% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

- Het totaal aantal gevallen en de toename van het aantal nieuwe gevallen blijft het grootst in Zuid-Holland.
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 1 (Noord-Holland).
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 64.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9200	86	0,9	3664	39,8	4
Noord-Brabant	8784	48	0,5	2116	24,1	22
Noord-Holland	6397	54	0,9	2285	35,7	15
Gelderland	5540	24	0,4	2322	41,9	4
Limburg	4474	19	0,4	1590	35,5	[geen peilstation]
Utrecht	3274	20	0,6	1358	41,5	18
Overijssel	2901	12	0,4	1236	42,6	-
Flevoland	847	2	0,2	366	43,2	-
Zeeland	628	2	0,3	278	44,3	-
Friesland	587	2	0,3	235	40,0	-
Drenthe	497	0	0,0	224	45,1	-
Groningen	352	1	0,3	197	56,0	1
Totaal	**43.481**	**270**	**0,6**	**15.871**	**36,5**	**64**

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.457 (26% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

- Aantal IC opnames momenteel: 373 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 26 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.830 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.767 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Gevolgen testbeleid
- In de afgelopen week was het percentage positieve testen 7,2%; de afgelopen dagen is dit weer lager (5,0-6,4%). Zie ook tabel 6 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid
- Maandag 4 mei heeft een OMT plaatsgevonden gevolgd door een BAO.
- Het volgende OMT is morgen (vrijdag 15 mei 2020).

Internationaal
- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 4.308.809 (+85.762)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 298.680 (+7.161)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.277.188 (+8.585)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 153.749 (+3.422)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
WEEKENDRAPPORTAGE
16-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	43.870	(+189)
Ziekenhuisopnames:	11.537	(+45)
Intensive Care opnames:	2.829	(-2)
Aantal overleden:	5.670	(+27)
Aantal zorgmedewerkers:	16.053	(+91)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 43.681 naar 43.870. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.537 (26% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).

IC opnames
- Het aantal IC opnames momenteel: 336 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 19 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.829 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit getal is gecorrigeerd t.o.v gisteren (2 gevallen minder).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.786 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.670 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.053 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 48% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

Gevolgen testbeleid

- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Gisteren, 15 mei, vond een OMT plaats. Maandag 18 mei zal een BAO plaatsvinden.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 4.503.836 (+98.162)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 307.263 (+5.180)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek voorbij in 20 Europese landen.
  - Totaal aantal gevallen: 1.295.781 (+8.829)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 154.590 (+1.229)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287622

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
12-05-2020 10:00 uur

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	42.984	(+196)
Ziekenhuisopnames:	11.378	(+35)
Intensive Care opnames:	2.872	(-5)
Aantal overleden:	5.510	(+54)
Aantal zorgmedewerkers:	15.711	(+85)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 42.788 naar 42.984. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

- Sterfgevallen: 5.510 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (433); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, immuundeficiëntie. 10% (62) had geen onderliggend lijden en bij 20% (123) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a en 4b van de bijlage 'COVID-19 Website rapport'.
  - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. Een dalende trend is duidelijk zichtbaar.

- Zorgmedewerkers: 15.711 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 43% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.
- Totaal aantal SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: 63.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9017	60	0,7	3595	39,9	4
Noord-Brabant	8718	40	0,5	2101	24,1	22
Noord-Holland	6311	25	0,4	2266	35,9	14
Gelderland	5497	25	0,5	2309	42,0	4
Limburg	4434	8	0,2	1577	35,6	[geen peilstation]
Utrecht	3234	10	0,3	1346	41,6	18
Overijssel	2876	12	0,4	1221	42,5	-
Flevoland	842	8	1,0	364	43,2	-
Zeeland	625	1	0,2	276	44,2	-
Friesland	583	6	1,0	235	40,3	-
Drenthe	496	1	0,2	224	45,2	-
Groningen	351	0	0,0	197	56,1	1
Totaal	**42.984**	**196**	**0,5**	**15.711**	**36,6**	**63**

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.375 (27% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend zet door.

- Aantal IC opnames momenteel: 426 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 52 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.872 (7% van het totaal aantal gemelde gevallen).
  - Dit zijn 5 gevallen minder dan gisteren was gerapporteerd. Waarschijnlijk komt dit door het aanpassen van verdachte gevallen naar 'negatief voor SARS-CoV-2' in de NICE-registratie.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.751 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Gevolgen testbeleid
- In de afgelopen week was het percentage positieve testen 7,2%. Zie ook tabel 6 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid
- Maandag 4 mei heeft een OMT plaatsgevonden gevolgd door een BAO.
- Het volgend OMT staat gepland op vrijdag 15 mei 2020.

Internationaal
- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 4.137.193 (+73.690)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 285.760 (+3.516)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.259.115 (+11.082)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 148.623 (+1.065)

287622

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
WEEKENDRAPPORTAGE
21-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.700	(+253)
Ziekenhuisopnames:	11.640	(+13)
Intensive Care opnames:	2.845	(+5)
Aantal overleden:	5.775	(+27)
Aantal zorgmedewerkers:	16.324	(+85)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.447 naar 44.700. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.640 (26% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).

IC opnames
- Het aantal IC opnames momenteel: 277 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:44 uur). Dit zijn er 12 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.854 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn 5 gevallen meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.803 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.775 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 103).

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.324 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 34% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

Gevolgen testbeleid

287623

- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Aanstaande maandag 25 mei vindt een OMT plaats gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
    - Totaal aantal gevallen: 4.960.975 (+99.519)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 327.904 (+4.858)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek voorbij in 20 Europese landen.
    - Totaal aantal gevallen: 1.328.457 (+4.274)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 159.172 (+1.038)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
WEEKENDRAPPORTAGE
21-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.700	(+253)
Ziekenhuisopnames:	11.640	(+13)
Intensive Care opnames:	2.845	(+5)
Aantal overleden:	5.775	(+27)
Aantal zorgmedewerkers:	16.324	(+85)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.447 naar 44.700. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.640 (26% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).

IC opnames
- Het aantal IC opnames momenteel: 277 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:44 uur). Dit zijn er 12 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.854 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn 5 gevallen meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.803 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.775 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 103).

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.324 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 34% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

Gevolgen testbeleid

- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Aanstaande maandag 25 mei vindt een OMT plaats gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen snel toenemen (cijfers ECDC).
  - Totaal aantal gevallen: 4.960.975 (+99.519)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 327.904 (+4.858)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek voorbij in 20 Europese landen.
  - Totaal aantal gevallen: 1.328.457 (+4.274)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 159.172 (+1.038)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal nieuw gemelde patiënten, in het ziekenhuis en op de IC opgenomen patiënten en het aantal overleden patiënten vertonen een dalende lijn.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
19-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.249	(+108)
Ziekenhuisopnames:	11.613	(+34)
Intensive Care opnames:	2.843	(+2)
Aantal overleden:	5.715	(+21)
Aantal zorgmedewerkers:	16.186	(+43)

Beschrijving

Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.141 naar 44.249. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9448	35	0,4	3743	39,6	4
Noord-Brabant	8887	19	0,2	2163	24,3	22
Noord-Holland	6508	17	0,3	2336	35,9	15
Gelderland	5625	16	0,3	2378	42,3	4
Limburg	4548	3	0,1	1617	35,6	[geen peilstation]
Utrecht	3357	10	0,3	1387	41,3	18
Overijssel	2928	6	0,2	1250	42,7	-
Flevoland	866	1	0,1	374	43,2	-
Zeeland	637	1	0,2	278	43,6	-
Friesland	594	0	0	238	40,1	-
Drenthe	499	0	0	225	45,1	-
Groningen	352	0	0	197	56,0	1
Totaal	**44.249**	**108**	**0,2**	**16.186**	**36,6**	**64**

Ziekenhuisopnames

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.613 (26% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
    - In figuur 2 van de bijlage is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

IC opnames

- Aantal IC opnames momenteel: 303 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 28 minder dan gisteren.

- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.843 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 2 meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.795 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
    - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Sterfgevallen

- Totaal: 5.715 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (451); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (67) had geen onderliggend lijden en bij 20% (128) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a en 4b van de bijlage 'COVID-19 Website rapport'.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

Zorgmedewerkers

- Totaal: 16.186 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 40% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid

- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 3 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen is vorige week gedaald naar zo'n 5%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Vrijdag 15 mei heeft een OMT plaatsgevonden, wat op maandag 18 mei is gevolgd door een BAO. Vanavond worden de kabinetsbeslissingen over de coronamaatregelen in een persconferentie bekend gemaakt.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC).
    - Totaal aantal gevallen: 4.766.468 (+86.960)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 318.201 (+3.197)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.317.267 (+6.201)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 157.312 (+636)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag. Ook het aantal mensen dat bij de huisarts komt vanwege klachten die passen bij het coronavirus daalt nog steeds. Dat blijkt uit cijfers van het Nivel. De virologische dagstaten laten zien dat, ondanks een ruimer testbeleid, de laatste drie weken het aantal geteste personen met klachten rond de 30.000 bleef liggen. Van deze geteste mensen heeft een steeds lager percentage COVID-19. Afgelopen week was dit 5%, terwijl eind maart nog 29% van het aantal testen positief was voor het coronavirus.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
20-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.447	(+198)
Ziekenhuisopnames:	11.627	(+14)
Intensive Care opnames:	2.849	(+6)
Aantal overleden:	5.748	(+33)
Aantal zorgmedewerkers:	16.239	(+53)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.249 naar 44.447. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9526	59	0,6	3766	39,5	4
Noord-Brabant	8879	28	0,3	2148	24,2	22
Noord-Holland	6519	30	0,5	2330	35,7	15
Gelderland	5651	38	0,7	2369	41,9	4
Limburg	4562	4	0,1	1624	35,6	[geen peilstation]
Utrecht	3391	18	0,5	1406	41,5	18
Overijssel	2933	8	0,3	1251	42,7	-
Flevoland	889	6	0,7	396	44,5	-
Zeeland	647	3	0,5	283	43,7	-
Friesland	602	2	0,3	243	40,4	-
Drenthe	503	2	0,4	230	45,7	-
Groningen	345	0	0	193	55,9	1
Totaal	**44.447**	**198**	**0,4**	**16.239**	**36,5**	**64**

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.627 (26% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage 'COVID-19 Website rapport' is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum van ziekenhuisopname. De dalende trend blijft doorzetten.

IC opnames

287627

- Aantal IC opnames momenteel: 289 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 14 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.849 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 6 meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.799 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
    - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.748 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (452); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (67) had geen onderliggend lijden en bij 20% (128) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a/b van de bijlage.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar datum van overlijden. De dalende trend blijft doorzetten.

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.239 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 27% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid
- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 3 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen is vorige week gedaald naar zo'n 5%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid
- Vrijdag 15 mei heeft een OMT plaatsgevonden, wat op maandag 18 mei is gevolgd door een BAO. Gisteravond zijn de kabinetsbeslissingen over de coronamaatregelen in een persconferentie bekend gemaakt.
- Maandag 25 mei zal opnieuw een OMT plaatsvinden gevolgd door een BAO.

Internationaal
- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC).

- Totaal aantal gevallen: 4.861.456 (+94.988)
- Totaal aantal sterfgevallen: 322.483 (+4.282)

- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.324.183 (+6.916)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 158.134 (+822)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag. Ook het aantal mensen dat bij de huisarts komt vanwege klachten die passen bij het coronavirus daalt nog steeds. Dat blijkt uit cijfers van het Nivel. De virologische dagstaten laten zien dat, ondanks een ruimer testbeleid, de laatste drie weken het aantal geteste personen met klachten rond de 30.000 bleef liggen. Van deze geteste mensen heeft een steeds lager percentage COVID-19. Afgelopen week was dit 5%, terwijl eind maart nog 29% van het aantal testen positief was voor het coronavirus.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
26-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	45.578	(+133)
Ziekenhuisopnames:	11.690	(+10)
Intensive Care opnames:	2.869	(+9)
Aantal overleden:	5.856	(+26)
Aantal zorgmedewerkers:	16.605	(+50)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 45.445 naar 45.578. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie
- In de noordelijke provincies werden geen nieuwe gevallen gemeld; voor Groningen geldt dit al langer.
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9830	31	0,3	3847	39,1	4
Noord-Brabant	9017	25	0,3	2203	24,4	22
Noord-Holland	6637	7	0,1	2380	35,9	15
Gelderland	5910	41	0,7	2444	41,4	4
Limburg	4658	7	0,2	1650	35,4	[geen peilstation]
Utrecht	3509	9	0,3	1453	41,4	18
Overijssel	2975	6	0,2	1264	42,5	-
Flevoland	907	6	0,7	404	44,5	-
Zeeland	672	1	0,1	290	43,2	-
Friesland	607	0	0	245	40,4	-
Drenthe	509	0	0	230	45,2	-
Groningen	347	0	0	195	56,2	1
Totaal	**45.578**	**133**	**0,3**	**16.605**	**36,4**	**64**

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.690 (26% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
    - In figuur 2 van de bijlage 'COVID-19 Website rapport' is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum van ziekenhuisopname. De dalende trend blijft doorzetten.

IC opnames

- Aantal IC opnames momenteel: 215 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 13:00 uur). Dit zijn er 16 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2869 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 9 meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.809 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. Het aantal blijft stabiel laag.

Sterfgevallen

- Totaal: 5.856 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (462); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (69) had geen onderliggend lijden en bij 20% (131) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a/b van de bijlage.
  - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar datum van overlijden. Het aantal overledenen per dag is vanaf 14 mei niet boven de 50 geweest.

Zorgmedewerkers

- Totaal: 16.605 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 38% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid

- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 4 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen was vorige week 5,4%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Gisteren heeft een OMT plaatsgevonden, wat vandaag gevolgd wordt door een BAO. De beleidsbeslissingen worden morgenavond in een persconferentie bekend gemaakt.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC). Inmiddels zijn er meer dan 5 miljoen bevestigde gevallen.
    - Totaal aantal gevallen: 5.459.528 (+87.869)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 345.994 (+1.182)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) blijft het aantal gevallen stijgen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.361.100 (+4.085)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 161.063 (-1.468, waarschijnlijk in verband met correcties)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287629

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
27-05-2020 10:00 uur

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	45.768	(+190)
Ziekenhuisopnames:	11.697	(+7)
Intensive Care opnames:	2.855	(-14)*
Aantal overleden:	5.871	(+15)
Aantal zorgmedewerkers:	16.669	(+64)

* waarschijnlijk in verband met correcties

Beschrijving

Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 45.578 naar 45.768. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9895	65	0,7	3861	39,0	4
Noord-Brabant	9038	21	0,2	2214	24,5	22
Noord-Holland	6665	28	0,4	2385	35,8	15
Gelderland	5944	34	0,6	2452	41,3	4
Limburg	4663	5	0,1	1652	35,4	[geen peilstation]
Utrecht	3531	22	0,6	1474	41,7	18
Overijssel	2981	6	0,2	1264	42,4	-
Flevoland	912	5	0,6	406	44,5	-
Zeeland	675	3	0,4	291	43,1	-
Friesland	608	1	0,2	245	40,3	-
Drenthe	509	0	0	230	45,2	-
Groningen	347	0	0	195	56,2	1
Totaal	**45.768**	**190**	**0,4**	**16.669**	**36,4**	**64**

Ziekenhuisopnames

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.697 (26% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage 'COVID-19 Website rapport' is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum van ziekenhuisopname. De dalende trend blijft doorzetten.

IC opnames

- Aantal IC opnames momenteel: 192 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:45 uur). Dit zijn er 23 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2855 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 14 minder dan gisteren, waarschijnlijk in verband met correcties.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.811 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
    - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. Het aantal blijft stabiel laag.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.871 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (464); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (69) had geen onderliggend lijden en bij 20% (130) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a/b van de bijlage.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar datum van overlijden. Het gemelde aantal overledenen per dag is vanaf 14 mei niet boven de 50 geweest.

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.669 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 34% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid
- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 4 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen was vorige week 5,5%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid
- Maandag heeft een OMT plaatsgevonden, wat dinsdag gevolgd is door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC). Inmiddels zijn er meer dan 5 miljoen bevestigde gevallen.
    - Totaal aantal gevallen: 5.555.737 (+96.209)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 350.212 (+4.218)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) blijft het aantal gevallen stijgen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.368.974 1.361.100 (+7.874)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 161.917 161.063 (+854)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287630

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
WEEKENDRAPPORTAGE
23-05-2020 10:00 uur

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	45.064	(+176)
Ziekenhuisopnames:	11.659	(+10)
Intensive Care opnames:	2.850	(+1)
Aantal overleden:	5.811	(+23)
Aantal zorgmedewerkers:	16.458	(+66)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.888 naar 45.064. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.659 (26% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).

IC opnames
- Aantal IC opnames momenteel: 250 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:50 uur). Dit zijn er 11 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2850 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit is er 1 meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.804 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.811 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.458 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 38% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

287630

Gevolgen testbeleid

- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 3 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen is vorige week gedaald naar zo'n 5%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Vrijdag 15 mei heeft een OMT plaatsgevonden, wat op maandag 18 mei is gevolgd door een BAO. Dinsdagavond zijn de kabinetsbeslissingen over de coronamaatregelen in een persconferentie bekend gemaakt.
- Maandag 25 mei zal opnieuw een OMT plaatsvinden gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC). Inmiddels zijn er meer dan 5 miljoen bevestigde gevallen.
  - Totaal aantal gevallen: 5.175.476 5.067.579 (+107.897)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 338.039 (+5.328)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.344.641 (+9.231)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 161.438 (+1.436)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
22-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.888	(+188)
Ziekenhuisopnames:	11.649	(+9)
Intensive Care opnames:	2.849	(-5)*
Aantal overleden:	5.788	(+13)
Aantal zorgmedewerkers:	16.392	(+68)

* waarschijnlijk in verband met correcties

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.700 naar 44.888. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9667	49	0,5	3806	39,4	4
Noord-Brabant	8916	16	0,2	2166	24,3	22
Noord-Holland	6586	35	0,5	2349	35,7	15
Gelderland	5722	30	0,5	2399	41,9	4
Limburg	4597	18	0,4	1636	35,6	[geen peilstation]
Utrecht	3439	23	0,7	1422	41,3	18
Overijssel	2948	7	0,2	1257	42,6	-
Flevoland	898	4	0,4	400	44,5	-
Zeeland	657	2	0,3	287	43,7	-
Friesland	606	2	0,3	245	40,4	-
Drenthe	505	2	0,4	230	45,5	-
Groningen	347	0	0	195	56,2	1
Totaal	**44.888**	**188**	**0,4**	**16.392**	**36,5**	**64**

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.649 (26% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
  - In figuur 2 van de bijlage 'COVID-19 Website rapport' is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum van ziekenhuisopname. De dalende trend blijft doorzetten.

- Analyse NICE-gegevens 21-05-2020:
  - Van 8.554 personen in het ziekenhuis die niet op een IC hebben gelegen, is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 6.680 (78%) ontslagen uit het ziekenhuis, 291 (3%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 1.583 (19%) overleden.
  - De geschatte gemiddelde ligduur op een verpleegafdeling is 7,9 dagen.

IC opnames

- Aantal IC opnames momenteel: 261 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 16 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2849 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 5 minder dan gisteren, waarschijnlijk in verband met correcties.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.804 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
  - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.
- Analyse NICE-gegevens van 21-05-2020:
  - Van 2.792 personen die op de IC opgenomen zijn (geweest) is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 1272 (46%) ontslagen uit het ziekenhuis, 260 (9%) nog opgenomen op de IC, 476 (17%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 784 (28%) overleden.
  - De geschatte gemiddelde ligduur op de IC is 19 dagen.

Sterfgevallen

- Totaal: 5.788 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
  - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (457); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (67) had geen onderliggend lijden en bij 20% (129) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a/b van de bijlage.
  - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar datum van overlijden. De dalende trend blijft doorzetten.
- Het is voor het eerst sinds half maart van dit jaar dat het aantal gemelde sterfgevallen in lijn is met de verwachting. In de week van 7 mei tot en met 13 mei 2020 was de totale sterfte in Nederland niet verhoogd. In totaal zijn 2.837 sterfgevallen gemeld, gewoonlijk verwachten we in deze tijd van het jaar tussen de 2.561 en 2.866 sterfgevallen. De gemelde sterfte aan laboratoriumbevestigde COVID-19 was in diezelfde week 233. De sterfte was nog wel licht verhoogd in de leeftijdsgroep 65-74 jaar. Ook was de totale sterfte verhoogd in de gecombineerde regio Utrecht/Noord-Holland/Zuid-Holland. Zie ook https://www.rivm.nl/monitoring-sterftecijfers-nederland.

Zorgmedewerkers

- Totaal: 16.392 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 36% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
  - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

287631

Gevolgen testbeleid

- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 3 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen is vorige week gedaald naar zo'n 5%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Vrijdag 15 mei heeft een OMT plaatsgevonden, wat op maandag 18 mei is gevolgd door een BAO. Dinsdagavond zijn de kabinetsbeslissingen over de coronamaatregelen in een persconferentie bekend gemaakt.
- Maandag 25 mei zal opnieuw een OMT plaatsvinden gevolgd door een BAO.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC). Inmiddels zijn er meer dan 5 miljoen bevestigde gevallen.
    - Totaal aantal gevallen: 5.067.579 (+106.604)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 332.711 (+4.807)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.335.410 (+6.953)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 160.002 (+830)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287633

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
29-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	46.126	(+176)
Ziekenhuisopnames:	11.722	(+9)
Intensive Care opnames:	2.880	(+7)
Aantal overleden:	5.931	(+28)
Aantal zorgmedewerkers:	16.771	(+57)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 45.950 naar 46.126. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie
- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9976	42	0,4	3879	38,9	4
Noord-Brabant	9106	23	0,3	2231	24,5	22
Noord-Holland	6690	14	0,2	2389	35,7	15
Gelderland	6027	45	0,8	2478	41,1	4
Limburg	4688	11	0,2	1656	35,3	[geen peilstation]
Utrecht	3575	22	0,6	1493	41,8	18
Overijssel	2988	2	0,1	1270	42,5	-
Flevoland	919	3	0,3	409	44,5	-
Zeeland	690	12	1,8	295	42,8	-
Friesland	610	2	0,3	246	40,3	-
Drenthe	509	0	0	230	45,2	-
Groningen	348	0	0	195	56,0	1
Totaal	**46.126**	**176**	**0,4**	**16.771**	**36,4**	**64**

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.722 (25% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
    - In figuur 2 van de bijlage 'COVID-19 Website rapport' is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum van ziekenhuisopname. Het aantal blijft stabiel laag.
- Analyse NICE-gegevens 28-05-2020:
    - Van 8.717 personen in het ziekenhuis die niet op een IC hebben gelegen, is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 6.914 (79%) ontslagen uit het ziekenhuis, 182 (2%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 1.621 (19%) overleden.
    - De geschatte gemiddelde ligduur op een verpleegafdeling is 7,7 dagen.

IC opnames

- Aantal IC opnames momenteel: 183 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 11:50 uur). Dit zijn er 3 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2880 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 7 meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.814 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
    - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. Het aantal blijft stabiel laag.
- Analyse NICE-gegevens van 28-05-2020:
    - Van 2.823 personen die op de IC opgenomen zijn (geweest) is meer informatie bekend. Hiervan zijn er 1437 (51%) ontslagen uit het ziekenhuis, 170 (6%) nog opgenomen op de IC, 409 (14%) nog opgenomen op een verpleegafdeling en 807 (29%) overleden.
    - De geschatte gemiddelde ligduur op de IC is 19 dagen.

Sterfgevallen

- Totaal: 5.931 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (467); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (70) had geen onderliggend lijden en bij 20% (132) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a/b van de bijlage.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar datum van overlijden. Het gemelde aantal overledenen per dag is vanaf 14 mei minder dan 50.
- In de week van 14 mei tot en met 20 mei 2020 was de totale sterfte in Nederland niet verhoogd. In totaal zijn 2.719 sterfgevallen gemeld, gewoonlijk verwachten we in deze tijd van het jaar tussen de 2.538 en 2.843 sterfgevallen. De gemelde sterfte aan laboratoriumbevestigde COVID-19 was in diezelfde week 127. De sterfte was wel licht verhoogd in de gecombineerde regio Zeeland/Noord-Brabant/Limburg. Zie ook https://www.rivm.nl/monitoring-sterftecijfers-nederland.

Zorgmedewerkers

- Totaal: 16.771 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 32% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid

- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 4 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen was vorige week 5,5% en lijkt de afgelopen dagen verder te dalen. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Maandag heeft een OMT plaatsgevonden, wat dinsdag gevolgd is door een BAO.
- Woensdagavond zijn de nieuwe (versoepelings-)maatregelen in een persmoment toegelicht.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC). Inmiddels zijn er meer dan 5 miljoen bevestigde gevallen.
  - Totaal aantal gevallen: 5.776.934 (+120.319)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 360.089 (+4.734)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) blijft het aantal gevallen stijgen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.384.703 (+9.930)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 163.515 (+743)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag. Momenteel zijn deze aantallen stabiel laag.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287638

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
WEEKENDRAPPORTAGE
30-05-2020 10:00 uur

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 (10)(2e)
@rivm.nl

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	46.257	(+131)
Ziekenhuisopnames:	11.727	(+5)
Intensive Care opnames:	2.882	(+2)
Aantal overleden:	5.951	(+21)
Aantal zorgmedewerkers:	16.809	(+38)

Beschrijving
Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 46.126 naar 46.257. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Ziekenhuisopnames
- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.727 (25% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).

IC opnames
- Aantal IC opnames momenteel: 177 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 13:27 uur). Dit zijn er 6 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2882 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 2 meer dan gisteren.
  - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.814 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.

Sterfgevallen
- Totaal: 5.951 (13% van het totaal aantal gevallen).
  - Leeftijd: de helft was ouder dan 83 jaar (jongste 18 – oudste 104).

Zorgmedewerkers
- Totaal: 16.809 (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 29% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
  - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.

Gevolgen testbeleid

- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 4 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen was vorige week 5,5% en lijkt de afgelopen dagen verder te dalen. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Maandag heeft een OMT plaatsgevonden, wat dinsdag gevolgd is door een BAO.
- Woensdagavond zijn de nieuwe (versoepelings-)maatregelen in een persmoment toegelicht.

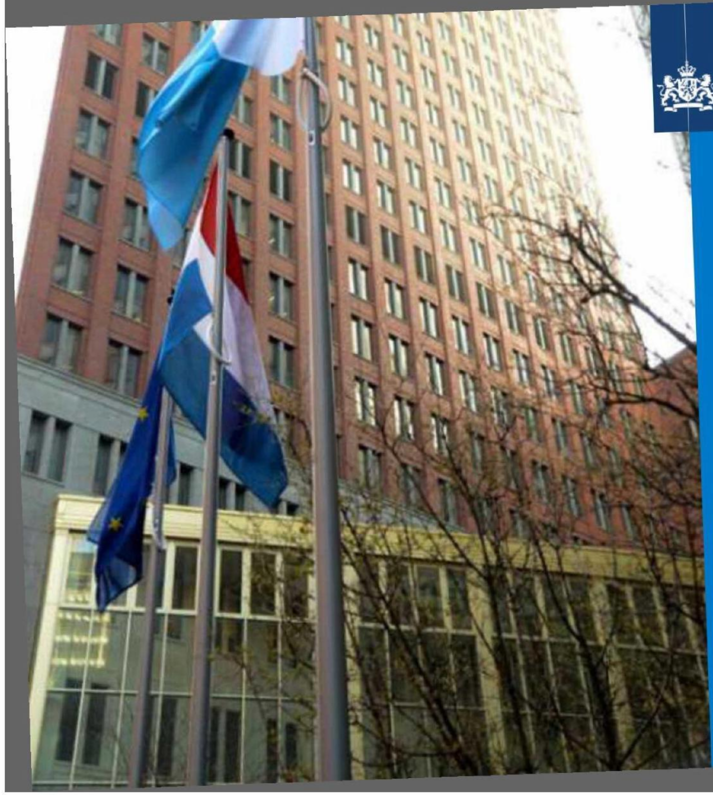
Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC). Inmiddels zijn er meer dan 5 miljoen bevestigde gevallen.
  - Totaal aantal gevallen: 5.899.866 (+123.012)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 364.891 (+4.802)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) blijft het aantal gevallen stijgen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
  - Totaal aantal gevallen: 1.391.619 (+6.916)
  - Totaal aantal sterfgevallen: 164.236 (+721)

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag. Momenteel zijn deze aantallen stabiel laag.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

287656



Rijksoverheid

LOT-C

Gedrag:
Maatregelen en naleving

07 mei 2020

287656


SAMEN VERSLAAN WE COVID-19 • HOUD VOLDOENDE AFSTAND • ←1,5 METER→
1,5
METER
HOUD
AFSTAND!
1,5
METER
SAMEN VERSLAAN WE COVID-19 • HOUD VOLDOENDE AFSTAND • ←1,5 METER→

287656

Welkom

- (10)(2e)
- LOT-C sectie scenario's, plannen handelingsprotocollen

- Doel vanmiddag: kennismaken, kennis uitwisselen

- (10)(2e)@vggm.nl

287656

Programma

Inleidingen 13.15 – 15.45

LOT-C TNO (10)(2e) (10)(2e) (TNO, LOT-C sectie scenario's)

Eclecta (10)(2e) (10)(2e) (eigenaar Eclecta, LOT-C sectie gezondheid en zorg)

Nivel ARQ (10)(2e) (programmaleider Rampen en milieudreigingen)

RIVM (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (onderzoek publieke beleving van en reactie op het coronavirus)

PSH-GOR (10)(2e) (coördinatieteam – coördinator nazorg)

14:30 Koffie/thee break

SCP (10)(2e) (10)(2e) (wetenschappelijk strateeg veranderende verzorgingsstaat)

Defensie-LIMC (10)(2e) (10)(2e) (majoor, commandant 105 FHC)

Politie (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (docent/onderzoeker Politieacademie)

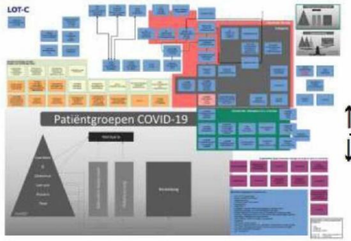
RIVM (10)(2e) (10)(2e) (senior advisor National Security)

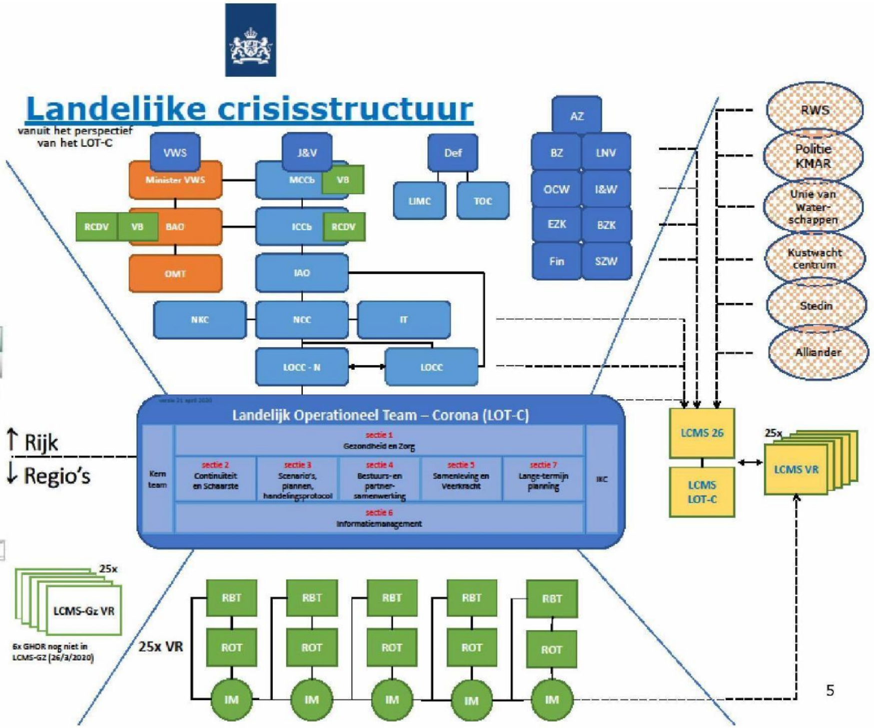
LOT-C TNO (10)(2e) (10)(2e) (TNO, LOT-C sectie scenario's)

Verzamelen opbrengst 15.45 – 16:15

Afronding/afspraken 16:15 – 16:30

LOT-C


LOT-C
Patiëntgroepen COVID-19


Landelijke crisisstructuur
vanuit het perspectief van het LOT-C
VWS
Minister VWS
RCDV
VB
BAO
OMT
J&V
MCCb
VB
ICCb
RCDV
IAO
NKC
NCC
IT
LOCC - N
LOCC
Def
LIMC
TOC
AZ
BZ
LNV
OCW
I&W
EZK
BZK
Fin
SZW
RWS
Politie KMAR
Unie van Water-schappen
Kustwacht centrum
Stedin
Alliander
↑ Rijk
↓ Regio's
Landelijk Operationeel Team – Corona (LOT-C)
Kern team
sectie 1
Gezondheid en Zorg
sectie 2
Continuïteit en Schaarste
sectie 3
Scenario's, plannen, handelingsprotocol
sectie 4
Bestuurs- en partner-samenwerking
sectie 5
Samenleving en Veerkracht
sectie 7
Lange-termijn planning
sectie 6
Informatiemanagement
IKC
LCMS 26
LCMS LOT-C
25x
LCMS VR
25x
LCMS-Gz VR
6x GHOR nog niet in LCMS-GZ (26/3/2020)
25x VR
RBT
ROT
IM

287656

Maatregelen

- Hygiëne
- Thuisquarantaine
- Thuis blijven, thuis werken
- Sluiten van scholen, horeca, sport, musea, bioscopen, theaters, concertzalen, contactberoepen
- Geen evenementen
- 1,5 meter afstand
- Aanvullingen lokaal (verwachte drukte op publiekslocaties)



Doelen van maatregelen en monitoring

- Voorkomen besmettingen?
- Signaleren/voorkomen maatschappelijke ontwrichting?
- Advies versoepeling/verzwaring maatregelen?
- Zicht hebben op draagvlak en voor hoe lang?
- Invloed/effect van een maatregel?
- Voorspellingen/prognose?
- Mogelijke alternatieven?



Guido Veldhuis

› TNO, LOT-C sectie scenario's, plannen en handelingsprotocollen
› Researcher & Project leader Military Operations

› (10)(2e)@tno.nl

287656



Rijksoverheid

Scenario COVID-19

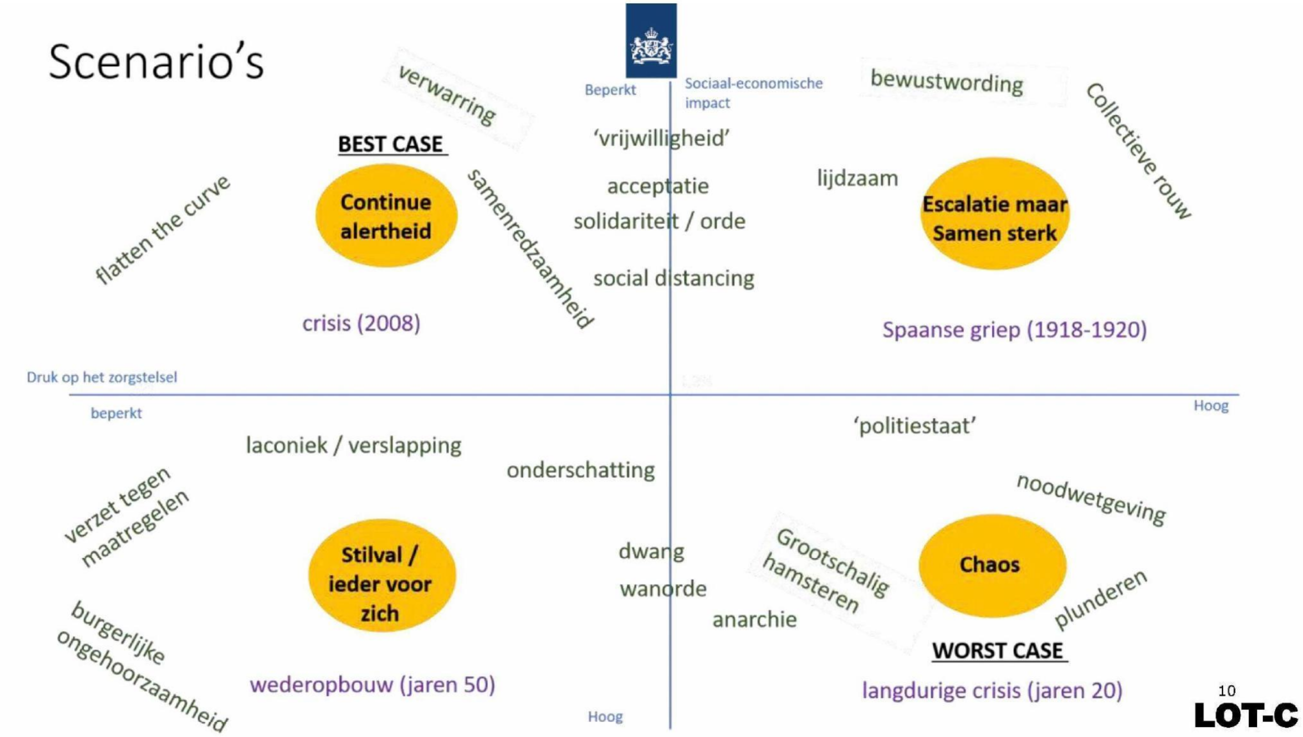
Samenvatting en vervolgstap

(10)(2e) (10)(2e) (LOT-C Sectie 3)

Landelijk Operationeel Team – Corona (LOT-C)
Landelijk Operationeel Coördinatie Centrum (LOCC)

Datum : 7 Mei 2020

287656


Scenario's
verwarring
Beperkt
Sociaal-economische impact
bewustwording
Collectieve rouw
BEST CASE
'vrijwilligheid'
acceptatie
solidariteit / orde
social distancing
lijdzaam
flatten the curve
Continue alertheid
samenredzaamheid
Escalatie maar Samen sterk
crisis (2008)
Spaanse griep (1918-1920)
Druk op het zorgstelsel
beperkt
Hoog
'politiestaat'
laconiek / verslapping
onderschatting
noodwetgeving
verzet tegen maatregelen
Stilval / ieder voor zich
dwang
wanorde
anarchie
Grootschalig hamsteren
Chaos
plunderen
burgerlijke ongehoorzaamheid
WORST CASE
wederopbouw (jaren 50)
langdurige crisis (jaren 20)
Hoog
10
LOT-C

Overzicht Scenario's

*De uitdaging die voor ons staat is om zorg te dragen voor de kwetsbare personen in onze samenleving, en daarbij ons zorg- en het sociaal-economisch systeem niet te ontwrichten. Om dit mogelijk te maken wordt de **fysieke sociale interactie** beperkt. Dit betekent dat veel vrijheden tijdelijk opgegeven moeten worden en dat veel economische activiteiten die fysieke sociale interactie vereisen niet mogelijk zijn. Dit kan een grote **sociaal-economische impact** geven, afhankelijk van de maatregelen en de duur ervan. De komende periode kan dit de samenleving in verschillende toestanden brengen.*

Soc-econ. impact

'Best Case - Continue Alertheid'

Het lukt ons samen de fysieke sociale interacties voldoende te reduceren, de verspreiding van het virus is onder controle. We verdelen de economische lasten. We kunnen de situatie **maximaal controleren** en deze moeilijke tijd doorstaan. Innovatieve oplossingen die het besmettingsrisico reduceren dragen bij aan het draaiend houden van de samenleving. Gezamenlijk helpen we elkaar en in het bijzonder de kwetsbare mensen onder ons door deze moeilijke tijd.

'Escalatie - maar samen sterk'

Het **zorgsysteem wordt overvraagd** en meer mensen sterven, waarbij moeilijke ethische keuzes gemaakt moeten worden. Mensen zijn angstig over hoe het hen zal vergaan en sociaal-fysieke interacties moeten verder gereduceerd worden om voldoende controle te krijgen over de verspreiding. De grotere last voor zowel het zorgsysteem als economisch systeem wordt gezamenlijk gedragen, mensen helpen elkaar op creatieve manieren en de maatschappij vecht zich samen door deze moeilijke tijd. Er is een gezamenlijk doel om de situatie te verbeteren.

Zorgsysteem toereikend ⟷ *Zorgsysteem overbelast*

'Stilval - Eigenbelang'

De overdracht van het virus is voldoende beperkt. Echter het is moeilijk voor delen van de bevolking om de benodigde maatregelen te accepteren. Sommige mensen willen hun vrijheden terug. Voor andere groepen zijn de **economische lasten** niet draagbaar of lasting te accepteren. De kapitaalmarkten en de financiële sector komen onder grote druk. Kwetsbare mensen komen steeds meer onder druk te staan. Dit alles leidt tot **polarisatie en afnemend vertrouwen** in elkaar en in de overheid om gezamenlijk deze moeilijke periode te doorstaan.

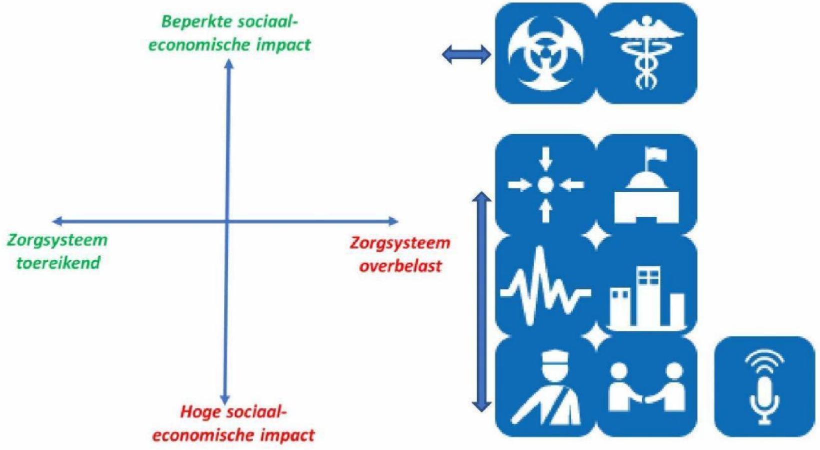
'Worst case - Chaos'

De ziektelast en sterfte zijn **niet onder controle**. De samenleving en het zorgsysteem kan de situatie niet aan. Een groot deel van de economie en de financiële sector/kapitaalmarkten ligt stil. De bevolking heeft **geen vertrouwen in de overheid en elkaar**. Door het lage vertrouwen houden mensen zich niet meer aan de regels en denken vooral aan zichzelf. Het virus breekt volledig uit. Het is niet mogelijk om de kwetsbaren in de samenleving nog voldoende te beschermen. De vitale processen en cruciale beroepen vallen gedeeltelijk uit. Er heerst grote chaos.

Soc-econ impact

287656

Uitdieping op factoren



FACTOR
1. Virus
2. Zorg
3. Vitale infrastructuur
4. Continuïteit van bestuur
5.Openbare orde & Veiligheid
6.Burgerschap
7.Economie
8.Destabilisering (niet) statelijke factoren
9.Communicatie & Media
10. Meteo, evenementen, incidenten

LOT-C

287656

Scope: Directe of indirecte relevantie voor Tactisch/Operationeel niveau

Factor		Duiding maatschappelijk Kompas as				
		Sterke impact Overbelast	**Midden**	**Beperkte impact Toereikend**	**Te bereiken effect**	**Te voorkomen effect**
2.ZORG		**Matig:** ICvraag> ic-capaciteit normaal BedVraag> Normaal bedden Overige zorg ernstig beperkt **Ernstig** ICvraag>ICmax Overige zorg niet mogelijk **Extreem** Leven/dood triage	ICvraag=ic-capaciteit normaal BedVraag>Normaal bedden Overige zorg beperkt	ICvraag < ic-capaciteit normaal Overige zorg niet beperkt	(Perceptie) toegankelijke en eerlijke zorg Bescherming van kwetsbaren tegen besmetting Innovatieve beschermingsmogelijkheden en beschikbaarheid daarvan voor zorgpersoneel	Knellende schaarste (IC, PBM, etc.) Verstoring supply chain Personele uitval Imploderen kwaliteit hulpverlening Psychisch trauma Capaciteitstekort niet-Corona gerelateerde zorg

LOT-C

287656

Scope: Directe of indirecte relevantie voor Tactisch/Operationeel niveau

Factor		Duiding maatschappelijk Kompas as			Typering van effecten	
		Sterke impact Overbelast	**Midden**	**Beperkte impact Toereikend**	**Te bereiken effect**	**Te voorkomen effect**
5.Openbare orde & Veilgheid		**Mild** O&N probleemwijk Project X Duindorp Toename criminaliteit high impact **Extreem** Rellen Henriquez, Hoek van Holland, Kroning Beatrix	Toename protesten Handhavingsincidenten Meer incidenten in sociaal domein (huiselijk geweld..)	Normale situatie	Naleving maatregelen Samenredzaamheid Beheersing objectieve veiligheid Veilige publieke taak Bescherming kwetsbaren	Ontstaan zwarte markten Diefstal van schaarse materialen (PBM etc.) Geweld tegen hulpverleners Sabotage/Obstructie Huiselijk geweld Woekeren ondermijnende criminaliteit Geweld voortkomend uit polarisatie en stigmatisering Plunderen Moedwillige besmettingen (van jezelf of kwetsbaren)
	Continuïteit Hulpdiensten	**Matig** Kwaliteit gereduceerd Uitval: Middelen/Mensen **Extreem** Prio1/2 meldingen niet of te laat opgevolgd	Kwaliteit komt onder druk. Prio3/4 meldingen wordt niet of te laat opgevolgd Beperktere opschaling (bijv. minder wagens) Oefenschema verstoord	Kwaliteitstandaarden worden behaald Ruimte om op te schalen Oefenen volgens schema	Intellectueel, Menselijk, Fysiek, Financieel Bestuurlijk vaststellen van acceptabel zorgniveau	Schaarste/Verstoring supply chain Personele uitval Imploderen kwaliteit hulpverlening Psychisch trauma

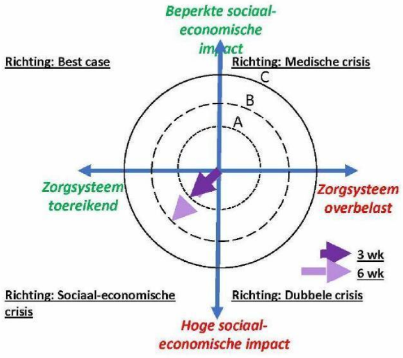
LOT-C

287656

Voorbeeld: Sluiting horeca

Conclusie

1. Effectieve maatregel om direct verspreiding te beperken
2. Op korte termijn al zeer grote gevolgen voor horeca branche, op langere termijn worden deze gevolgen kritiek.
3. Mogelijk ook aanzienlijke sociale impact.



Factoren en doelen

Horizontale as: Impact op zorgsysteem

- Controle over verspreiding **virus**
- Continuïteit **zorg** voor iedereen
- **Zorg** voor kwetsbaren

Verticale as: Sociaal-economische impact

- Continuïteit **vitale processen en beroepen**
- Continuïteit **Economie**
- **Geen verstoring van OOV**
- **Continuïteit van bestuur**
- **Continuïteit Hulpdiensten**
- Goed **burgerschap**

Versterkend

- **Effectieve communicatie** (de wet van pleuris)

Mitigerende maatregelen

Lokale & Regionale context

- Nationale verplichtingen overzees (CARIB)
- Geopolitiek en regionale internationale politiek
- Destabilisering statelijke en niet-statelijke actoren
- Meteo, incidenten, evenementen

287656

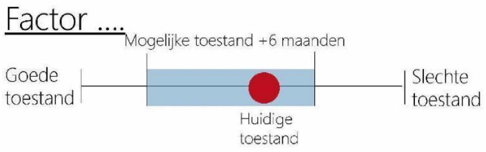
	LOT-C casus: Sluiting horeca			
	Factor	Beweging	Redenatie	Aandachtpunten
Horizontaal: zorgsysteem	Controle over verspreiding virus	Positief	Reductie van aantal besmettingen. In potentie grote bron van besmetting (van personen waarmee je anders niet in contact was gekomen)	
	Continuïteit zorg voor iedereen	Neutraal/positief	Minder besmetting, minder belasting	
	Zorg voor kwetsbaren	Neutraal		
Verticaal: sociaal-economische impact	Continuïteit vitale processen en beroepen	Neutraal		
	Continuïteit Economie	Negatief	Direct ernstige gevolgen voor voortbestaan horeca bedrijven. Daarna cascade effecten naar distributeur, land/tuinbouw. Werkloosheid onder scholieren en studenten.	Nog geen financieel vangnet voor scholieren en studenten.
	Geen verstoring van OOV	Neutraal/positief	Geen uitgaansleven. Minder dronkenschap en middelengebruik in het openbare leven.	
	Continuïteit van bestuur	neutraal		
	Continuïteit hulpdiensten	Neutraal/positief	Reductie in belasting door stoppen uitgaansleven en evenementen.	
	Goed burgerschap	Negatief	Reductie sociale cohesie. Afname sociale contacten (ook kwetsbare die in buurthoreca sociaal leven onderhouden).	
Overige	Geopolitiek/regionale int. politiek	Neutraal/positief	Meer in lijn met zuiderburen: geen conflict grensgemeente	
	Destabilisering statelijke en niet-statelijke actoren			
	Nationale verplichtingen overzees			
	Meteo, incidenten, evenementen	Neutraal/positief	Minder incidenten en evenementen in horecasfeer	
	Effectieve communicatie			

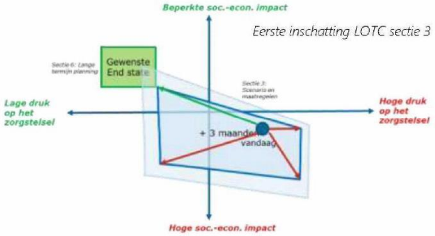
VOLGENDE STAP

- Waarom een update van de scenario's?
  - De bestaande scenario's zijn circa 26 maart opgeleverd. Sindsdien is ons beeld van de huidige crisis sterk verbeterd. We hebben beter inzicht in de effectiviteit van maatregelen, ons vermogen om capaciteit op te schalen, de reactie van de bevolking en vele andere factoren. Dit maakt een aantal vervolg stappen mogelijk:
  - Betere duiding van de huidige en mogelijke toestanden van factoren
  - Reductie van onzekerheid in mogelijke toekomstige toestanden
  - Verdieping in mogelijke toekomstige risico's
  - Beter inzicht in afhankelijkheden tussen factoren

VRAGEN VOOR UITVOERING

- Hoe weten we waar we staan?
  - Definitie assen voor 8 factoren: Betere duiding van mogelijke toestanden van factoren.
- Waar staan we nu?
  - Vaststellen huidige positie per factor en in assen-kruis (kwalitatief, kwantitatief indien mogelijk)
- Wat zijn mogelijke toekomstige toestanden? (Zie figuur)
  - Assessment per factor van de mogelijke toestand over 3 maanden
- Hoe zien die toestanden eruit?
  - Narratief van 4 uiterste toestanden (combinatie van 7 factoren)
- Hoe ziet de beweging naar een toestand eruit?
  - Welke ontwikkelingen per factor en invloed van factor-op-factor veroorzaken een beweging naar een toestand
- Welke implicaties volgen hieruit voor analyse en beleid?
  - Toestanden: Waar moeten we ons op voorbereiden?
  - Beweging naar toestand: Wat moeten we monitoren en wanneer moeten we bijsturen?





287656

Tijdspad en acties

- Week 18:
  - Vaststellen opdracht en aanpak
  - Identificeren en benaderen contactpersonen per factor
- Week 19
  - Verzamelen input per factor van factor experts
  - Inventarisatie beschikbare data per factor
- Week 20
  - Synthese van factoren naar scenario's door werkgroep sectie 3
  - Delen draft scenario's met factor experts voor review
- Week 21
  - Mini-symposium met VR voor discussie over scenario's, monitoring en implicaties
  - Afronding documentatie

LOT-C

287656

(10)(2e) (10)(2e)

- Eclecta, LOT-C sectie gezondheid en zorg

- (10)(2e) @eclecta.nl

LOT-C

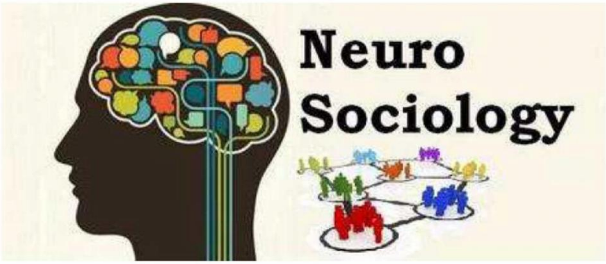
Gedragsverandering door stress

› donderdag 7 mei 2020

› (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) MBA

LOT-C

Introductie



- ICU
- neurosociologie
- stress interventie

LOT-C

Wat is stress ?

- chemische reactie in hersenen en lijf
- veroorzaakt door (in)spanning / druk

- brengt lichaam in paraatheid
- sneller, efficiënter reageren



LOT-C

Bronnen van stress

- fysieke stress
  - fysieke inspanning, ongeval



LOT-C

Bronnen van stress

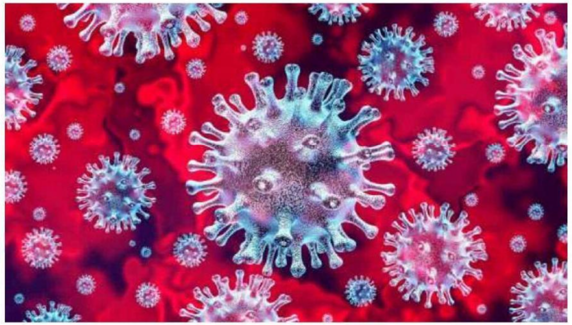
- fysieke stress
  - fysieke inspanning, ongeval
- chemische stress
  - roken, medicijnen, hormonen



LOT-C

Bronnen van stress

- fysieke stress
  - fysieke inspanning, ongeval
- chemische stress
  - roken, alcohol, drugs, medicijn



- emotionele stress
  - geldzorgen, COVID-19, weinig sociale contacten

LOT-C

Bronnen van stress

- fysieke stress
- chemische stress
- emotionele stress

→ effect op brein en lijf
bij alle 3 hetzelfde



(Bron: Dispenza, USA)

LOT-C

Kortdurende stress

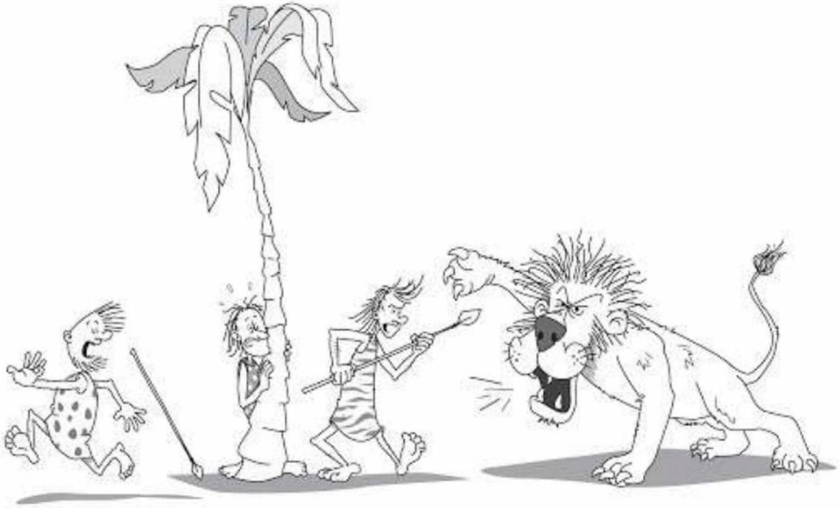


- hartslag ↗
- bloeddruk ↗
- ademhaling ↗
- bloedsuikerspiegel ↗
- alertheid ↗

287656

LOT-C

Nut en noodzaak stress



LOT-C

Langdurige stress

- ✧ bloeddruk ↗
- ✧ vet wordt omgezet in glucose ↗
- ✧ glucosespiegel ↗
- ✧ hart- en vaatziekten ↗
- ✧ immuunsysteem ↙
- ✧ seks-hormonen ↙
- ✧ nierfunctie ↙



287656

LOT-C

Stressrespons langdurige stress



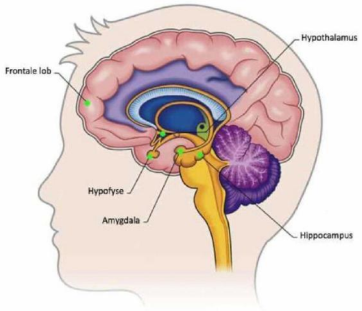
- ✧ stresshormonen continu verhoogd
- ✧ rem stresshormonen stagneert

➔ neerwaartse spiraal !!

LOT-C

Stressgevoelige hersendelen

- ‘CEO’ = prefrontale cortex
  - planning / focus / angst in bedwang /adequaat reageren
  - neuronen verliezen contact

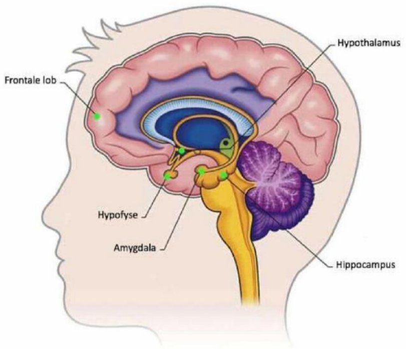


(Bron: McEwan, Rockefeller University, New York)

LOT-C

Stressgevoelige hersendelen

- amygdala
  - vangt signalen op -> angst / gedragsaanpassing
  - angst neemt toe

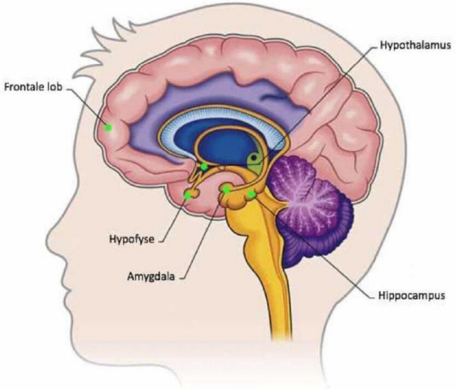


(Bron: McEwan, Rockefeller University, New York)

LOT-C

Stressgevoelige hersendelen

- hippocampus
  - spil in geheugen / reactie op stre
  - stresscontrole neemt af



(Bron: McEwan, Rockefeller University, New York)

287656

LOT-C

Eerste signalen teveel stress

De CEO hapert:

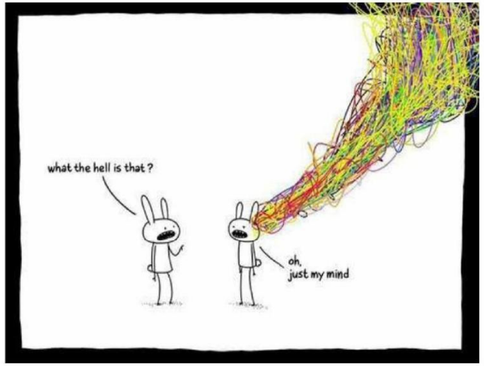
- chaotische planning
- wisselende emoties
- concentratiegebrek



LOT-C

Andere verschijnselen

- malen
- niet helder kunnen denken
- besluiteloosheid
- geheugenstoornis
- slapeloosheid
- gevoel van eenzaamheid
- gevoel van overweldigd zijn



LOT-C

Wat zie je bij anderen?

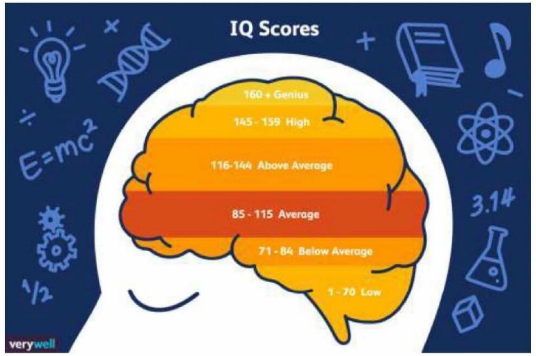


- ✧ rusteloosheid
- ✧ snel geïrriteerd
- ✧ ongeduldig
- ✧ niet kunnen relativeren

LOT-C

Effect op gedrag

- kort lontje
- angstiger
- verhoogde kans op depressie
- IQ daalt (gemiddeld 15 punten)
- (70-80% ziet burnout niet aankomen)



(Bronnen: Shafir, Princeton University, USA / NCPSB)

LOT-C

Reversibel?



JA !

LOT-C

LOT-C sectie 1

Fysiologische en neurologische effecten maatregelen?



- schaarste (geld, sociale deprivatie)
- vermindering fysieke aanraking
- niet kunnen sporten / bewegen in groepsverband
- overload negatief nieuws

LOT-C

Experts





- Erik Scherder (VU)

  neuropsychologie

- Victor Kallen (TNO)

  neuropsycho-endocrinologie

287656

LOT-C

Outcome & planning



1. Webinar burgemeesters

- effecten maatregelen & handelingsperspectief
- week 11 mei 2020

2. Advies aan kabinet

- 11 mei 2020

3. Bijeenbrengen partijen - Campagne: Fysieke en mentale veerkracht vergroten

- opdrachtgevers: IFV, RIVM, (TNO?)
- deelnemers: opdrachtgevers, GGD GHOR, NOC*NSF, defensie, ??
- v.a. week 18 mei

287656

(10)(2e)

- NIVEL ARQ
- programmaleider Rampen en milieudreigingen

- (10)(2e)@nivel.nl

Als het dan toch gebeurt: weten wat speelt en werkt

Gezondheidsonderzoek en advisering bij rampen en milieudreigingen

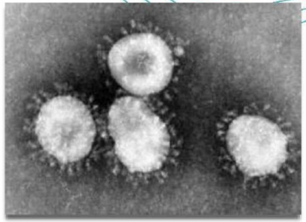












Michel Dückers

Mei 2020 – LOT-C
Maatregelen en Naleving

NIVEL

ARQ
Nationaal Psychotrauma Centrum

287656

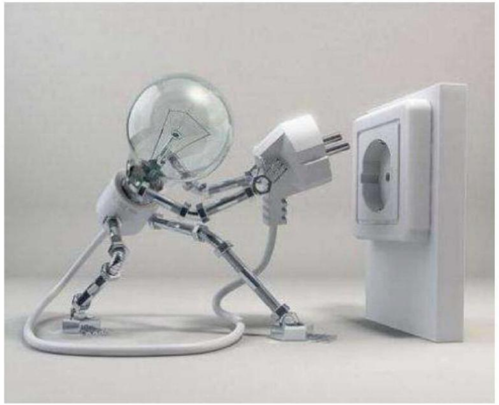
Wat voor gedrag denken we aan bij COVID-19?

Social distancing, handen wassen
(beheersing verspreiding)



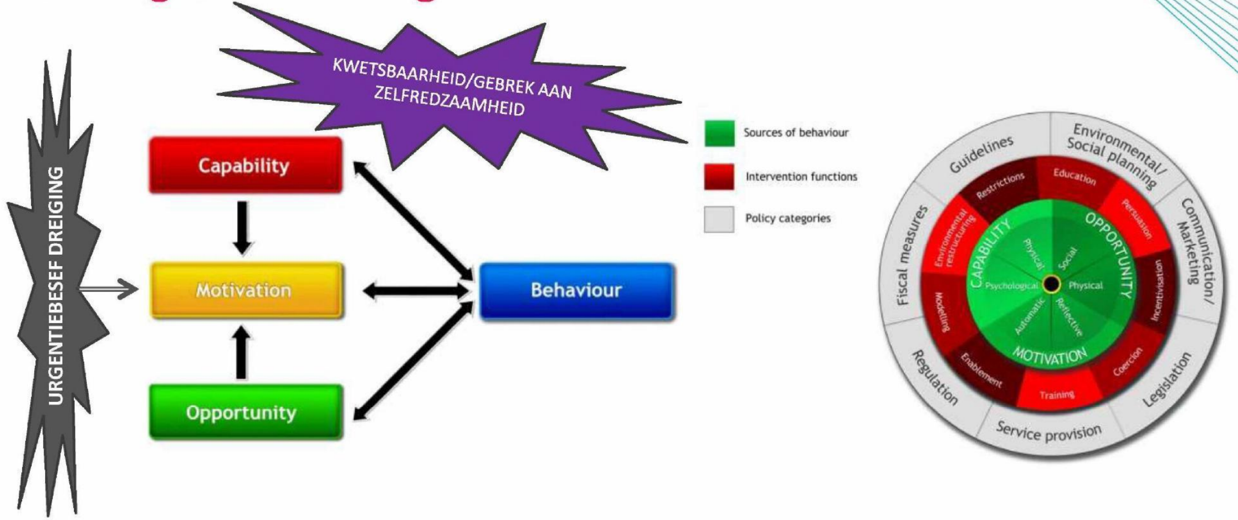
Maar ook, vanuit perspectief gezondheid en welzijn:

Zelf met veranderde omstandigheden kunnen omgaan en problemen kunnen oplossen
(al dan niet met hulp eigen kring/netwerk → zelfredzaamheid/veerkracht)



287656

Gedragsbeïnvloeding



Bron: Michie et al. (2011)

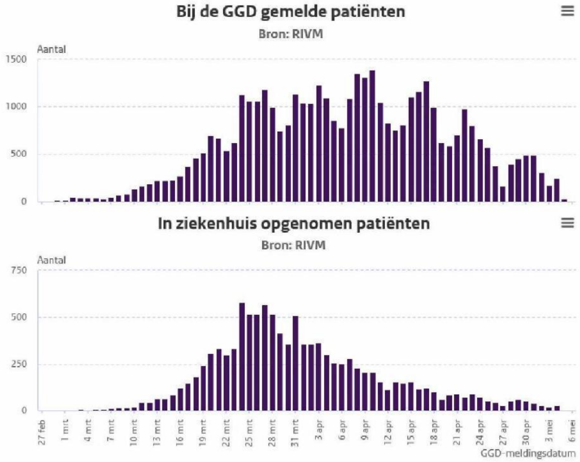
287656

Urgentiebesef: hangt samen met verspreiding

Hoe volgen van verspreiding in Nederland?

Op basis van meldingen bij GGD'en

Op basis van opnamen in ziekenhuizen



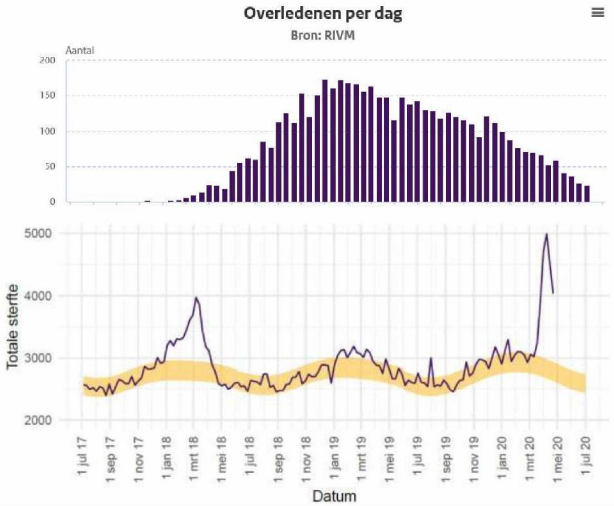
Bron: RIVM (2020)

287656

Urgentiebesef: hangt samen met overlijdensrisico

Overleden patiënten sinds uitbraak

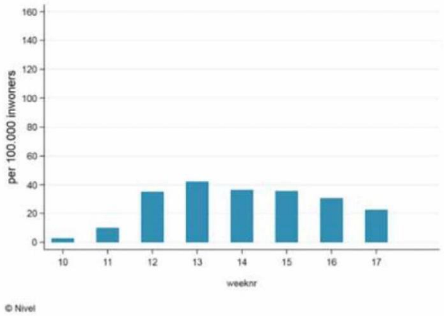
Overleden sinds juli 2017 in Nederland (CBS)



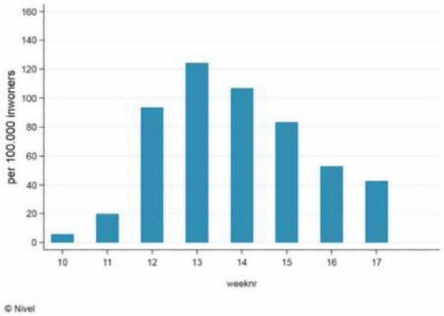
Bron: RIVM (2020)

287656

COVID-19 in de huisartsenpraktijk: week 10-17



Figuur 1 Aantal door de huisarts klinisch bevestigde COVID-19, per 100.000 inwoners

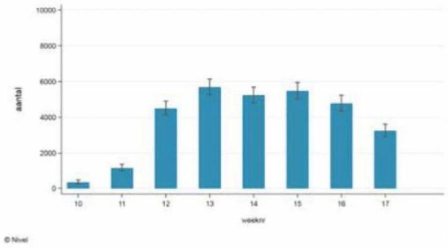


Figuur 2 Aantal door de huisarts geregistreerde verdenkingen van COVID-19, per 100.000 inwoners

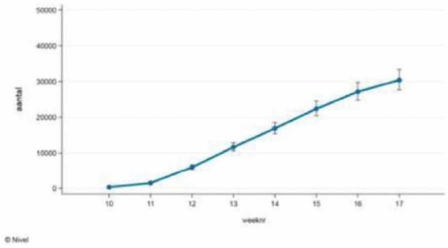
Bron: Hooiveld et al. (2020)

287656

COVID-19 in de huisartsenpraktijk: week 10-17



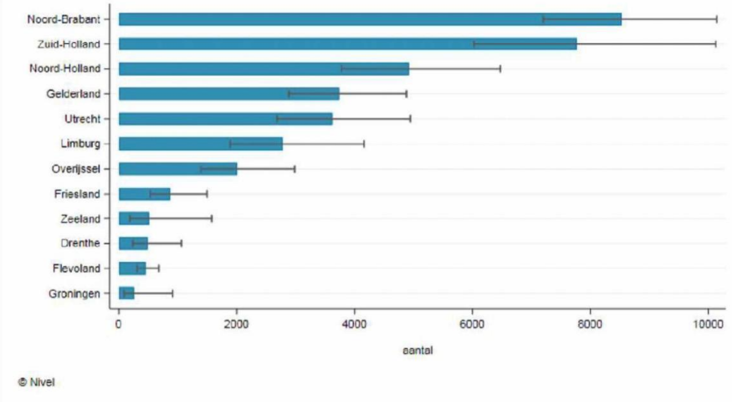
Figuur 3 Schatting van het aantal klinisch bevestigde COVID-19 patiënten in Nederland per week (met 95% betrouwbaarheidsintervallen)



Figuur 4 Totaal aantal geschatte klinisch bevestigde COVID-19 patiënten tot en met week 17 in Nederland (met 95% betrouwbaarheidsintervallen)

Bron: Hooiveld et al. (2020)

COVID-19 in de huisartsenpraktijk: week 10-17

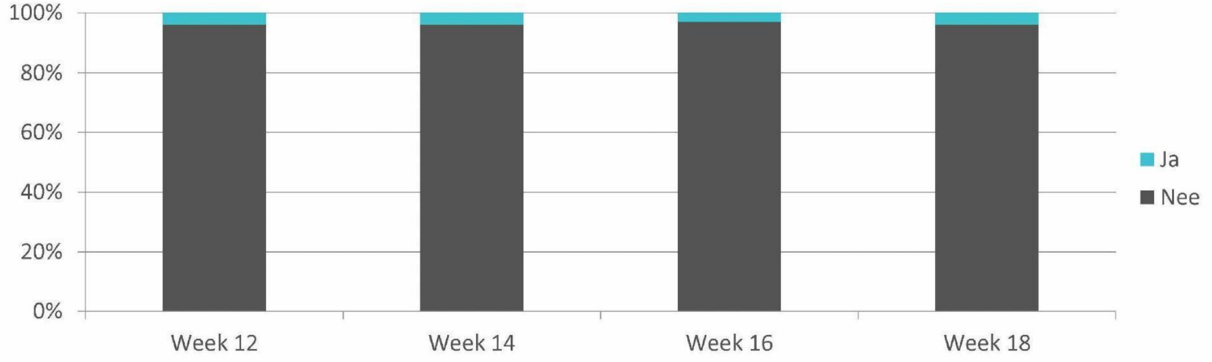


Figuur 7 Totaal aantal geschatte klinisch bevestigde COVID-19 patiënten tot en met week 17 per provincie (met 95% betrouwbaarheidsintervallen)

Bron: Hooiveld et al. (2020)

Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg

Heeft u behoefte aan zorg of andere ondersteuning in verband met het coronavirus?

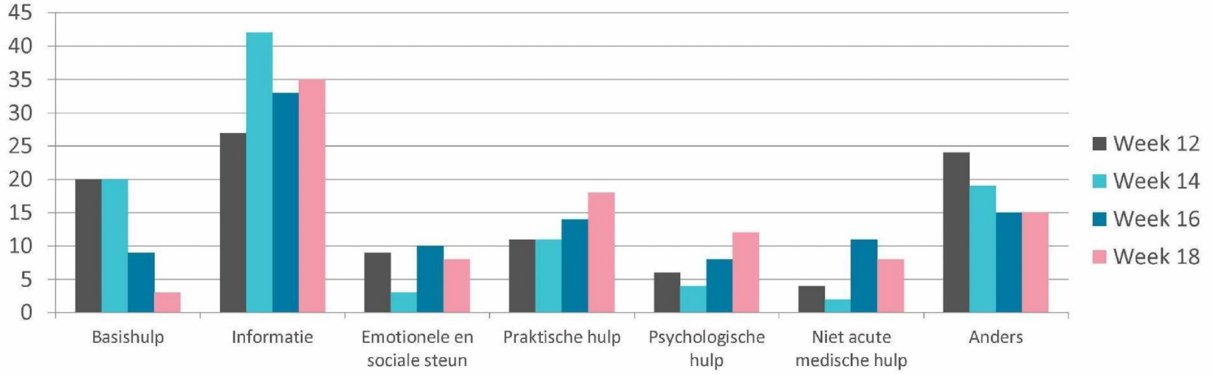


Bron: Bosmans et al. (2020)

287656

Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg

Indien behoefte aan zorg of andere ondersteuning, welke vorm?

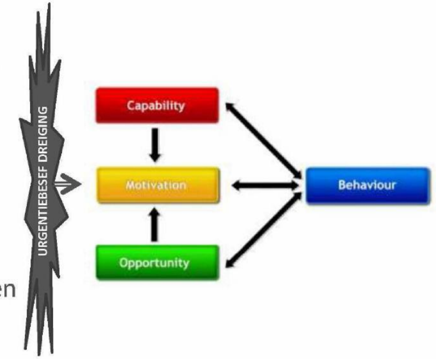


Bron: Bosmans et al. (2020)

287656

Tot slot

- Curve verschillende databronnen wijst op effect maatregelen social distancing
- Mensen herkennen belang van maatregelen, geneigd tot naleven
- Behoefte aan ondersteuning/zorg beperkt: zelfredzaam
- Veel monitoringscapaciteit in Nederland, we kunnen blijven volgen
- Interessant om na te gaan:
  - of "urgentiebesef" afhankelijk is van verspreiding en overlijdens-risico virus; dan zal motivatie voor social distancing afnemen
  - of kwetsbare groepen of risicofactoren (psychische problemen, verlies van baan, gebrekkig sociaal netwerk, laaggeletterden, etnische minderheden) naarmate tijd vordert in problemen komen en weg naar oplossingen of zorg weten te vinden



287656

Research for better care

Bedankt voor uw aandacht

Michel Dückers
Programmaleider rampen en milieudreigingen, Nivel
Senior beleidsadviseur, ARQ Kenniscentrum Impact
m.duckers@nivel.nl / m.duckers@arq.org
06 1066 1321

NIVEL

ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum

GGD GHOR NEDERLAND

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

287656

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

- RIVM
- onderzoek publieke beleving van en reactie op het coronavirus

- (10)(2e)@rivm.nl

287656



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Peiling van de publieke beleving van - en reactie op het coronavirus in Nederland

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

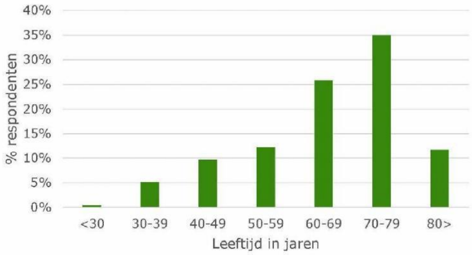
(10)(2e)@rivm.nl

287656

Dataverzameling

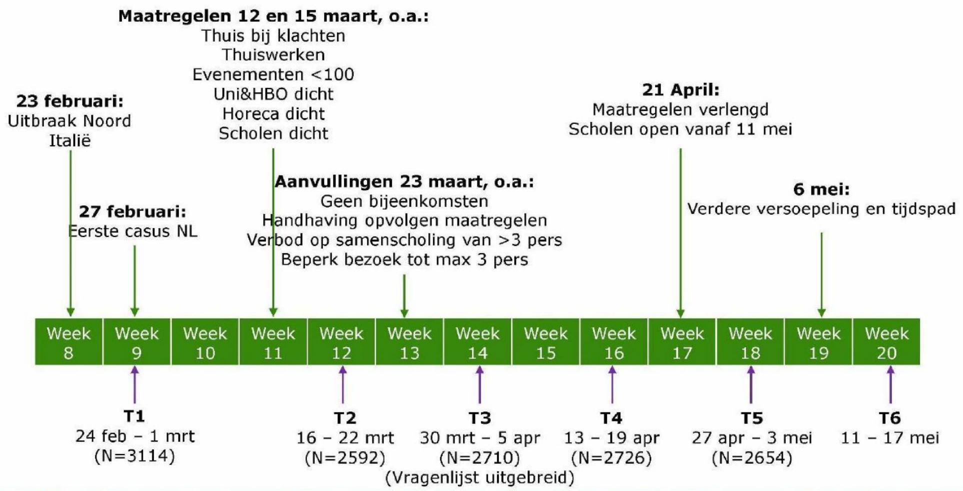
- Nivel consumentenpanel gezondheidszorg
  - Panelpopulatie uitgenodigd o.b.v. aselecte steekproef Nederland

- Peiling met zes herhaalde vragenlijsten tussen 24 februari en 17 mei 2020
  - Eerste vragenlijst: N=3114
  - Belangrijk: gemiddelde leeftijd ~65 jaar



287656

Tijdlijn dataverzameling



287656

Concepten vragenlijst

- Genomen maatregelen en het volgen van richtlijnen

- Factoren van invloed op het nemen van maatregelen/volgen van richtlijnen
  - Attitude
  - Norm
  - Self-efficacy
  - Response-efficacy
  - Vertrouwen
  - Risicoperceptie
    - Kans op ziekte
    - Ernst ziekte
    - Zorgen

- Informatiebehoefte

287656

Concepten vragenlijst

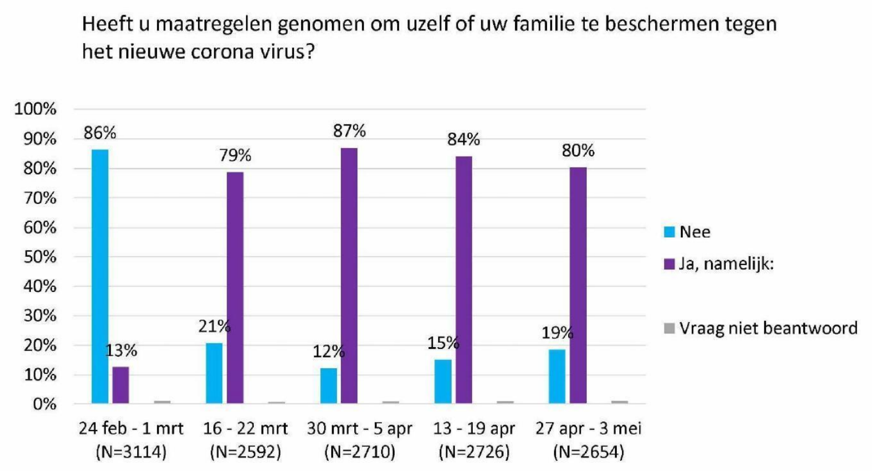
- **Genomen maatregelen en het volgen van richtlijnen**

- **Factoren van invloed op het nemen van maatregelen/volgen van richtlijnen**
  - **Attitude**
  - **Norm**
  - **Self efficacy**
  - **Response efficacy**
  - Vertrouwen
  - Risicoperceptie
    - Kans op ziekte
    - Ernst ziekte
    - Zorgen

- Informatiebehoefte

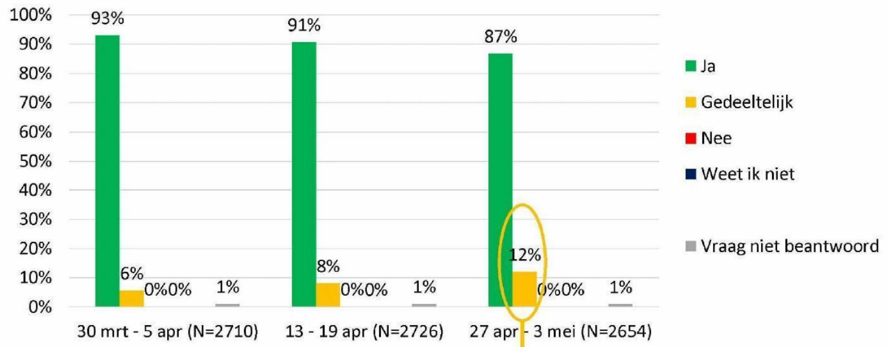
Genomen maatregelen en opvolgen van de richtlijnen

287656



Heeft u maatregelen genomen om uzelf of uw familie te beschermen tegen het nieuwe corona virus?
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
86%
13%
21%
79%
12%
87%
15%
84%
19%
80%
24 feb - 1 mrt (N=3114)
16 - 22 mrt (N=2592)
30 mrt - 5 apr (N=2710)
13 - 19 apr (N=2726)
27 apr - 3 mei (N=2654)
Nee
Ja, namelijk:
Vraag niet beantwoord

Houdt u zich aan de richtlijnen die worden geadviseerd door de overheid om verdere verspreiding van het nieuwe coronavirus te beperken?

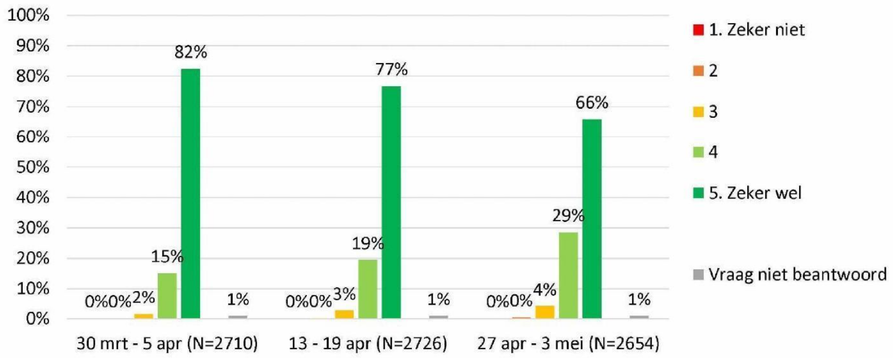


- Soms/regelmatig naar buiten
- Vaker (op) bezoek
- Zelf boodschappen doen
- Afstand houden niet altijd mogelijk

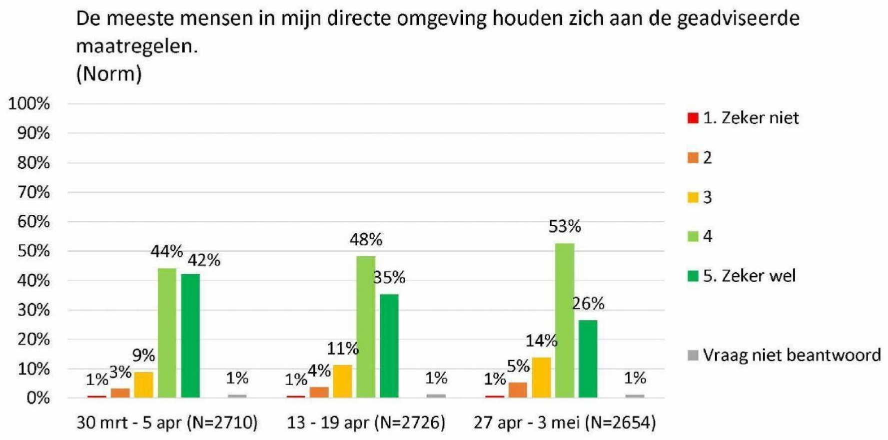
Attitude, norm, self efficacy en response efficacy m.b.t. de maatregelen

287656

Ik vind dat mensen zich moeten houden aan de geadviseerde maatregelen.
(Attitude)

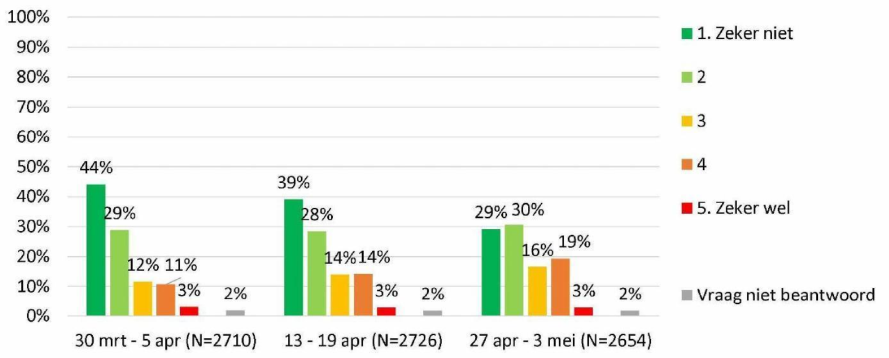


287656

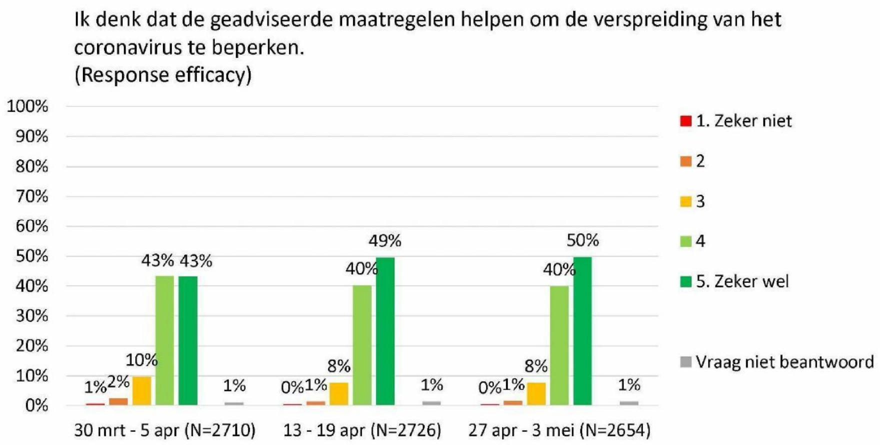


De meeste mensen in mijn directe omgeving houden zich aan de geadviseerde maatregelen.
(Norm)
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
1%
3%
9%
44%
42%
1%
1%
4%
11%
48%
35%
1%
1%
5%
14%
53%
26%
1%
30 mrt - 5 apr (N=2710)
13 - 19 apr (N=2726)
27 apr - 3 mei (N=2654)
1. Zeker niet
2
3
4
5. Zeker wel
Vraag niet beantwoord

Ik vind het moeilijk om mij te houden aan de geadviseerde maatregelen.
(Self efficacy)



287656



Ik denk dat de geadviseerde maatregelen helpen om de verspreiding van het coronavirus te beperken.
(Response efficacy)
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
1%
2%
10%
43%
43%
1%
0%
1%
8%
40%
49%
1%
0%
1%
8%
40%
50%
1%
30 mrt - 5 apr (N=2710)
13 - 19 apr (N=2726)
27 apr - 3 mei (N=2654)
1. Zeker niet
2
3
4
5. Zeker wel
Vraag niet beantwoord

287656

Conclusie

- Meer mensen geven aan zich gedeeltelijk aan de richtlijnen te houden, met de toelichting:
  - Meer (op) bezoek
  - Soms/regelmatig naar buiten
  - Afstand houden niet altijd mogelijk
  - Maar ook: zelf boodschappen doen

- Ook de steun voor de maatregelen lijkt iets af te nemen ('ik vind dat mensen zich moeten houden aan de maatregelen'), ondanks dat mensen denken dat de maatregelen helpen om verspreiding van het virus tegen te gaan
  - Mogelijk omdat mensen het moeilijker vinden om de richtlijnen te blijven volgen

Half april is een nog breder onderzoek gestart door de RIVM-gedragsunit en GGD-en onder ~90.000 Nederlanders
(eerste resultaten zijn vandaag gepubliceerd op RIVM.nl)

(10)(2e)

- PSH-GOR coördinatieteam
- coördinator nazorg

- (10)(2e)@rivm.nl

287656



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Coordinatieteam PSH
GOR tijdens Corona

ARQ
Nivel
GGD GHOR NL
cGM-RIVM

(10)(2e) cGM/RIVM

287656

RIVM

- Ondersteunt GGD'en op MMK, PSH en GOR
- In zowel koude als warme fase
- Samen met vaste partners ARQ en Nivel



PSH – wat is dat dan?

Alle ondersteuning en zorg gericht op het psychisch welbevinden en de gezondheid van getroffenen

- acute fase en nafase
- gericht op zowel het collectief als op het individu

Bevorderen van:
gevoel van veiligheid, rust, verbondenheid, self-efficacy, hoop



Uitgangspunten PSH

- Sluit aan bij behoeften, problemen en risicofactoren
- Sluit aan bij dynamiek en fase
- Sluit aan bij veerkracht en zelfredzaamheid
- Sluit aan bij de context van de getroffene
- Sluit aan bij aanwezige hulpverleningscapaciteit
- Evalueer de PSH



287656

Coördinatieteam PSH GOR

- Complexiteit en grootte van incident → behoefte aan nauwe afstemming

- Beoogt een bijdrage te leveren aan het welbevinden van alle diverse doelgroepen in onze samenleving, van zorgverleners, kwetsbare ouderen, ouders met kinderen, tot zelfstandige ondernemers.

- Doorlopende Rapid Needs Assessment (RNA)
  - Ondersteuningsbehoeften bij de GGD'en
  - Behoeftepeiling onder diverse doelgroepen in de maatschappij, i.s.m. met PSH en GOR procesleiders van de GGD

5 Informatiestromen voor RNA

- GGD informatie
- Informatie van partners: RK, LOT-C, LHV, Expertteam nafase van bevolkingszorg
- Nivel Consumentenpanel – vraag naar zorg- en ondersteuningsbehoefte vanwege corona
- Informatie uit de sociale media analyses van NKC en RIVM
- RIVM informatie – telefonisch meldpunt, meest gestelde vragen, mailcontacten

Opbrengsten

- Informatiebladen gepubliceerd door ARQ
- Feitenbladen over behoeftepeiling Nivel consumentenpanel
- Handelingskader PSH voor dPG'en
- Contactpunt voor psychische ondersteuning zorgprofessionals
- Wekelijkse Nieuwsbrief PSH GOR
- Vraagbaak voor GGD'en

In de maak…

- Informatie en verwijscentrum Mentale gezondheid – bij RIVM.nl
- GGD modelplan PSH
- Integraal nafase plan (oranje en witte kolom)
- Overzicht lopende onderzoeken voor GOR procesleiders
- ‘Dashboard rapportages’ voor beeldvorming rondom behoeften en problemen
- In gesprek met LOT-C over verder uitbreiden behoeftepeiling via koepels van zorgverleners, belangenorganisaties, e.d.

Met dank aan:

- **GGD GHOR NL:** Sjef Timmermans, Maaike van den Biggelaar
- **ARQ:** Noor Jansen, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)
- **Nivel:** (10)(2e) en (10)(2e)
- **cGM-RIVM:** (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e)

KOFFIE BREAK



Cok Vrooman

- SCP
- Wetenschappelijk strateeg veranderende verzorgingsstaat

(10)(2e)@scp.nl

SCP-onderzoek Maatschappelijke Effecten Corona

Cok Vrooman

Chief Scientific Strategist, Sociaal en Cultureel Planbureau
Hoogleraar Sociale Zekerheid en Participatie, Universiteit Utrecht

@CokVrooman

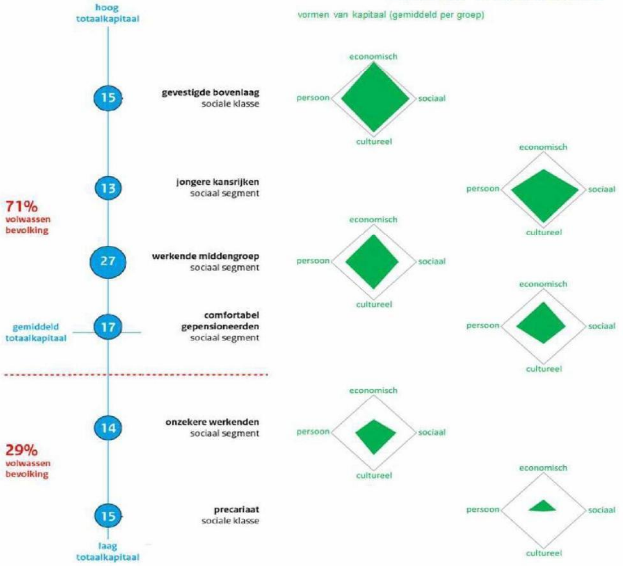
Inleiding Bijeenkomst LOTC
7 mei 2020
Zeist

287656

2 sociale klassen,
4 segmenten en een
'zachte tweedeling'

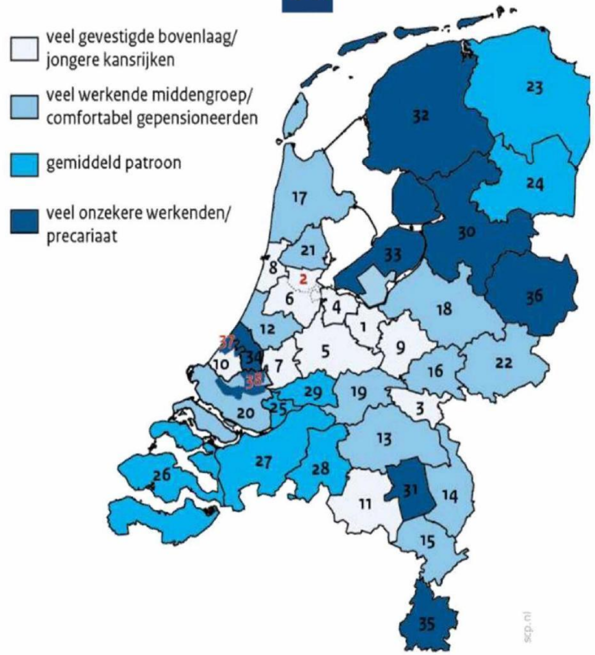
Verschil in Nederland (2014):
Indeling NL bevolking o.b.v. vier typen hulpbronnen:





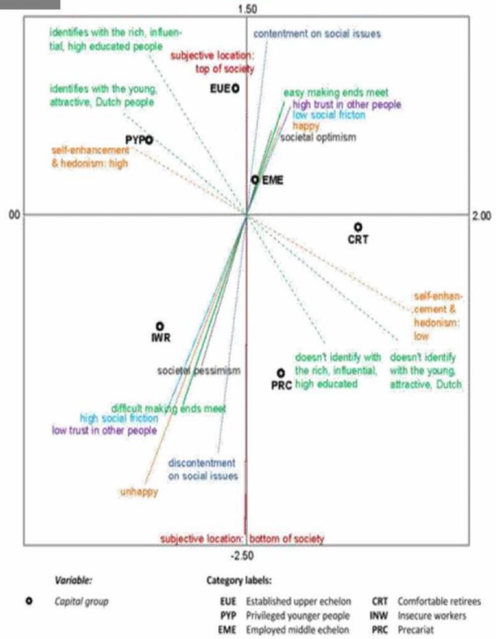
287656

Regionale verschillen in toerusting

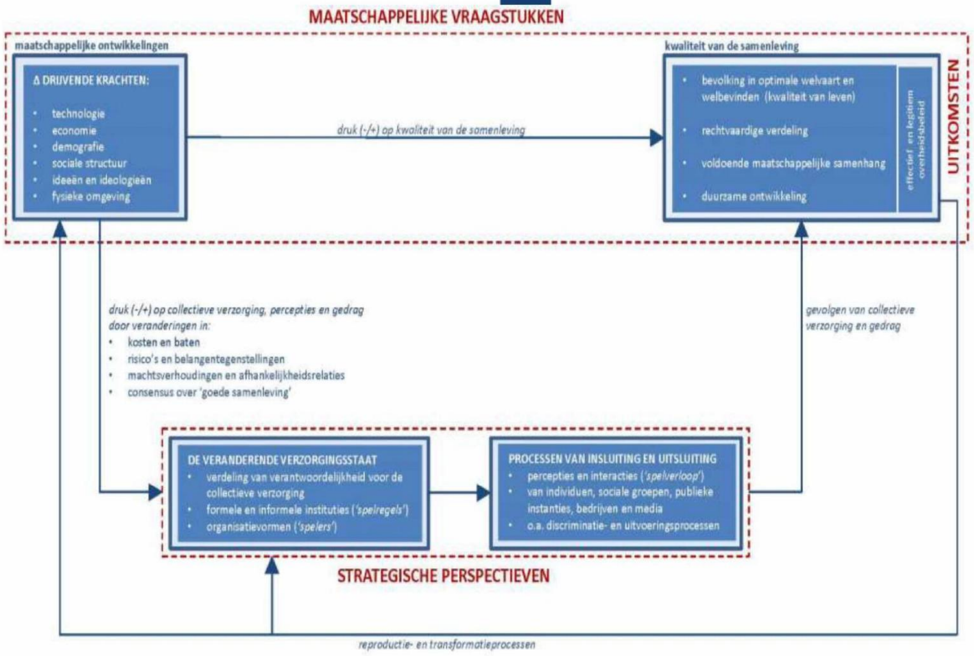


287656

Verschillende wereldbeelden bij kapitaalgroepen



Strategisch kader MJP



SCP-Programma Maatschappelijke Effecten Corona

- 'Coronareflectie' in lopende publicaties (bijv *Kansrijk Armoedebeleid*)
- Beleidssignalementen, bijv doordenking van recente maatregelen (7-5-2020)
- Effecten op verdeling maatschappelijke risico's en kansen: gezondheid, economie, sociaal, cultureel (mei-juni)
- Effecten op kwaliteit van de samenleving (kwaliteit van leven, rechtvaardige verdeling, voldoende cohesie, duurzame ontwikkeling, effectiviteit en legitimiteit van beleid) (eind 2020)
- Structurele effecten (vanaf 2021) op:
  - drijvende krachten (demografie, technologie, economie, sociale structuur, ideologie, fysieke omgeving)
  - instituties en organisatievormen
  - gedrag burgers, beleidsmakers, bedrijven, uitvoeringsinstanties

Gert Sanderman

- Defensie-LIMC
- Majoor, Commandant 105 FHC

- g.sanderman@mindef.nl

Manon van de Riet

- Politieacademie
- Docent/onderzoeker

- (10)(2e)@politieacademie.nl

Compliance



« waakzaam en dienstbaar »

POLITIE
Politieacademie

Verwachtingsmanagement

- Er is veel dat we nog niet weten
- Er zijn geen eerdere massale, ingrijpende maatregelen, zo langdurig ingezet voor de volksgezondheid
- Vrijwel alle beschikbare onderzoeken benadrukken een niet-repressief bejegeningsprofiel

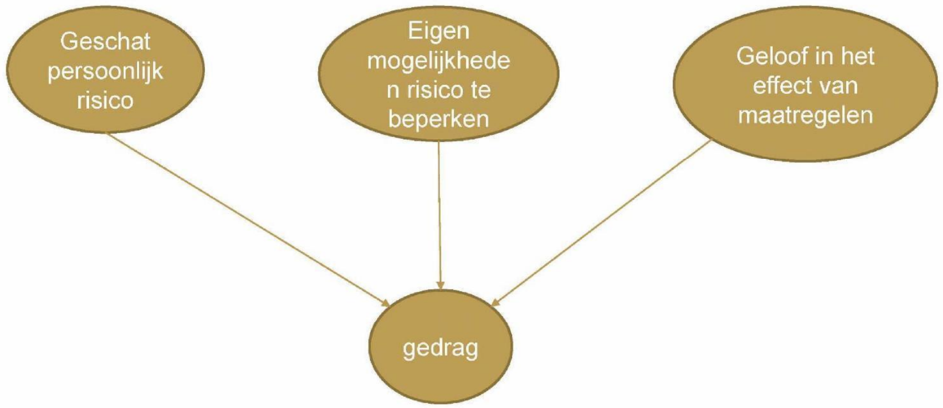
Compliance verhogen

Mensen maken gedragsafwegingen op basis van hun geschatte risico, op basis van de informatie die ze hebben.

- Betrouwbare instanties en overheid
- Helder juridisch kader
- Heldere, eenduidige, boodschap
- Mogelijkheden tot naleving vergroten
- Het is niet ja/nee

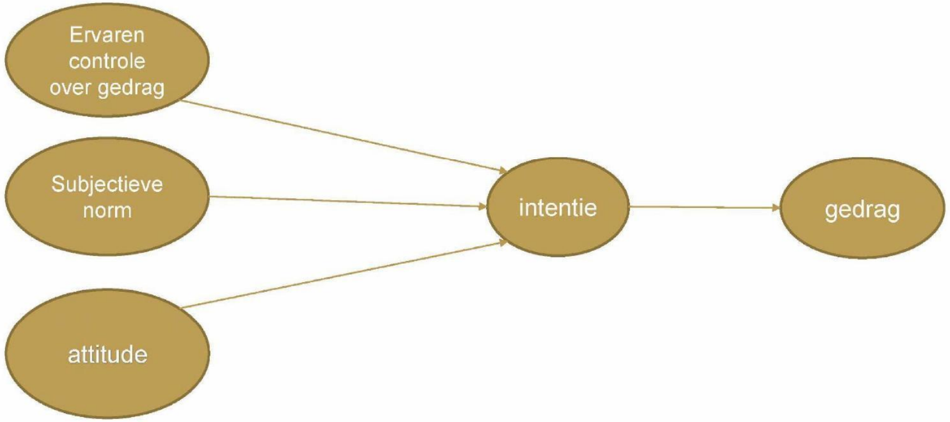
287656

Health Belief Model



287656

Theory of planned behavior



ISMA model

- Interne norm
- Sociale norm
- Mogelijkheden tot naleving én overtreding
- Afschrikking

Mogelijke bedreigingen voor compliance

- **Lange duur van de maatregelen**
  - Wensen worden ongemakken worden noodzaken
  - Geen alternatieven
- **Vertrouwen in overheid, instanties en/of maatregelen daalt**
  - Effect van stijgende én van dalende cijfers
  - Geen eenduidige boodschap
  - Valse informatie, protestbewegingen
  - Economische en sociale effecten
- **Groepen voor wie het niet goed mogelijk is zich aan maatregelen te houden**
- **Balans tussen handhaven en legitimiteit behouden**
- **Schaarste**

Verschillende aanpakken voor compliance

Aanpak staat of valt bij cultuur gebonden aspecten. In beide gevallen was compliance hoog!

SARS 2003

China, Hong Kong, Singapore

cordons, hoge boetes, checkpoints, webcams in huizen, isolatie van gehele dorpen, dreiging met executie voor doorbreken quarantaine, beloningen voor voltooien quarantaine

Canada

vrijwillige quarantaine bij mogelijk besmettingen, sociale maatregelen, eten aan de deur gebracht, compensatie voor verloren loon.

Zwaarwegende belangen (empirie)

- Psychisch lijden
- Mantelzorg
- Overlast buren
- Ontwikkelingsfase (mn. Jongeren)
- Behoud van inkomsten
- Onveilig thuis
- Kosten behandeling (anti-vax, afstand, duur, risico's)

Persoonlijke eigenschappen

- Geen tuin
- Moeite met uitstellen van behoeften
- Ervaren ongelijkheid en/of oneerlijkheid
- Lage sociale cohesie
- Nog niet eerder blootgesteld aan een dergelijke boodschap
- Leeftijd
- Inkomen

Persoonlijke risico-inschatting

- **Inschatting van de ernst**
  - Kans op complicaties
  - Kans op overlijden

- **Inschatting verspreiding**
  - Aantal bekende zieken/doden in de persoonlijke omgeving
  - Algemene ziektecijfers

Kwaliteit van de informatie is cruciaal

287656

Normen en waarden

- Sterke sociale afkeur voor non-compliance
- Directe omgeving houdt zich niet aan maatregelen



"De domheid. De totale stupiditeit. Echt, ik kan het niet meer aanzien. Ga dan straks alsjeblieft niet liggen jammeren dat je geen hulp krijgt. Deze mensen...delete jezelf nu het nog kan. Please." (Twitter, 22 maart)

Advies bejegeningsprofiel

- **Eenduidig optreden**
  - Heldere boodschap
  - Geen ongelijkheid of bias
  - Risico-inschatting bij gedrag meer helder
- **Ruimte bieden bij laag risico**
  - Vanwege lange duur
  - Gebrek aan mankracht voor repressieve insteek
  - Behouden legitimiteit
  - Erken de behoeften en noodzaken
  - Voorkom demonisering van normaal gedrag
  - "Engage, explain, encourage … enforce" *(NPCC, UK)*
- **Intelligence**
  - Laat burger zijn zegje doen
  - Begrip/empathie
  - Duiding
  - Input voor toekomstige scenario's
- **Contact met ketenpartners**
  - Zicht op huiselijk geweld en kwetsbare groepen
  - Zet je wijkagenten in, voelers in de wijk
- **Gelegenheidsbeperking**
  - Minder aantrekkelijke doelwitten
  - Optreden bij hoog risico
- **Optreden in het licht zetten van collectief belang.**



Mogelijkheden voor verder onderzoek

- Counter-insurgency kennis toepassen
- Valse informatiestromen
- PPE's en politiewerk / veilig werken
- Impact op medewerkers
- Strategische communicatie

287656

Bronnen

- Herrera-Diestra, J., & Meyers, L. (2019, 12 3). Local risk perception enhances epidemic control. *PLoS ONE.* doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225576
- Tang, C. W. (2003, 11). Severe Acute Respiratory Syndrome: Predictors of Health Behaviors and Effect of Community Prevention Measures in Hong kong, China. *American Journal of Public Health, 93*(11), 1887-1888.
- IFRC; UNICEF; WHO. (2020). *RCCE ACTION PLAN GUIDANCE; COVID-19 preparedness & response.* WHO. Opgeroepen op 4 3, 2020, van https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance
- Human Rights Watch. (2020, 3 19). *Human Rights Dimensions of COVID-19 Response.* Opgehaald van Human Rights Watch: https://www.hrw.org/news/2020/03/19/human-rights-dimensions-covid-19-response
- Tyler, T. (1990). *Why People Obey the Law.* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hori, A., Koji, W., & Smith, D. (2015). A Socio-Demographic Examination of Adults Responding to Governmental Vaccination Recommendations during the Japanese Rubella Outbreak of 2013. *PLoS ONE*, 1-12.
- https://policinginsight.com/features/analysis/covid-19-policing-the-new-normality/
- Cava, M., Fay, K., Beanlands, H., McCay, E., & Wignall, R. (2005). Risk Perception and compliance with quarantine during the SARS outbreak. *Journal of Nusring Scholarship*, 343-347.
- Singh, M., Sarkhel, P., Kang, G., Marathe, A., Boyle, K., Murray-Tuite, P., . . . Swarup, S. (2019). Impact of demographic disparities in social distancing and vaccination on influence epidemics in urban and rural regions of the United States. *BMC Infectious Diseases*, 10.1186/s12879-019-3703-2.
- Lunn, P., Belton, C., Lavin, C., McGowan, F., Timmons, S., & Robertson, D. (2020, 03 29). *Using Behavioral Science to Combat the Corona Virus.* Opgehaald van Economic and Social Research Insitute: https://www.esri.ie/publications/using-behavioural-science-to-help-fight-the-coronavirus
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020, 3 14). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Manuell, M., & Cukor, J. (2011). Mother nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. *Disasters*, 417-442
- 1Barr, M., Raphael, B., Taylor, M. et al. Pandemic influenza in Australia: Using telephone surveys to measure perceptions of threat and willingness to comply. BMC Infect Dis 8, 117 (2008). https://doi.org/10.1186/1471-2334-8-117
- Rubin, G. J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. BMJ (Clinical research ed.), 339, b2651. https://doi.org/10.1136/bmj.b265115)
- Goodwin R, Haque S, Neto F, et all (2010) Initial behavioural and attitudinal responses to influenza A, H1N1 (swine flu), Journal of Epidemiology & Community Health, 64:182

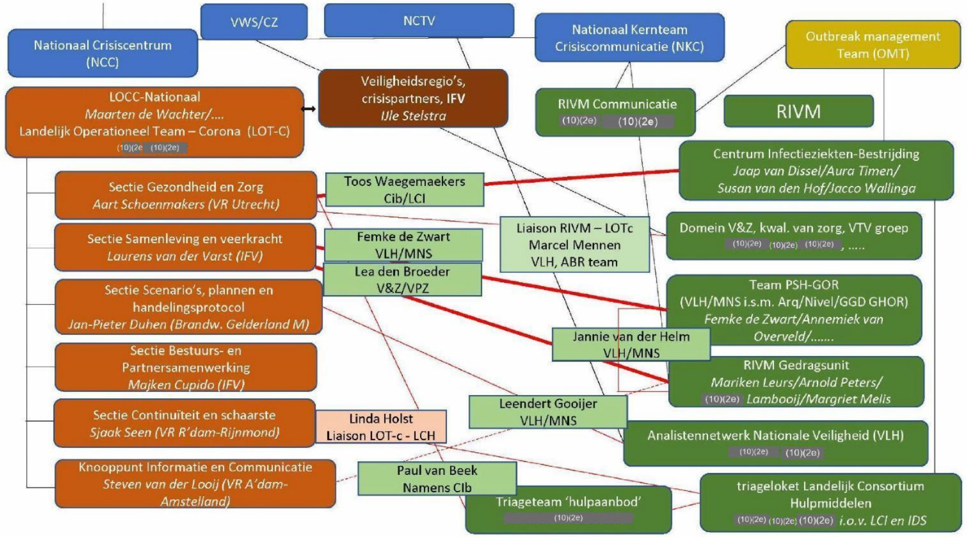
287656

(10)(2e) (10)(2e)

- RIVM
- Project manager kernteam Antibioticaresistentie

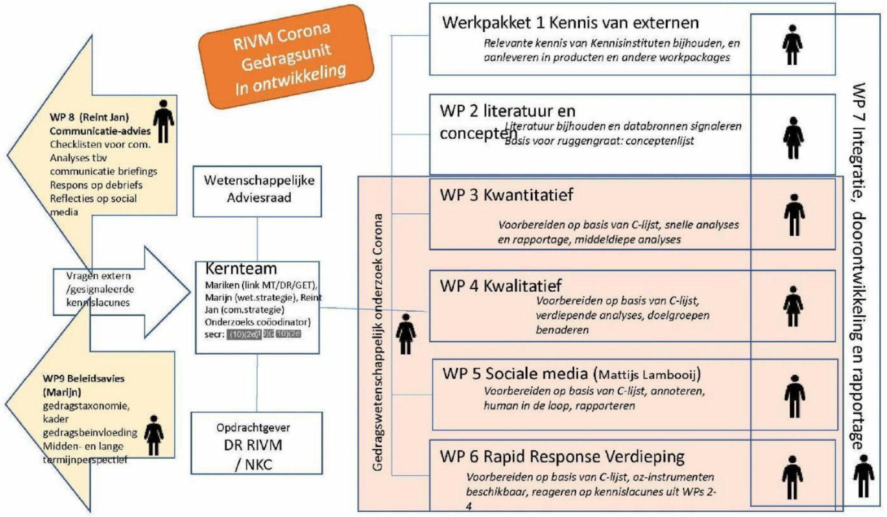
- (10)(2e)@rivm.nl

Samenwerking LOT-C en RIVM



287656

RIVM gedragsunit i.o.



Missie Corona Gedragsunit

- Bijdragen aan de effectiviteit van Corona maatregelen, door gedragswetenschappelijke kennis te ontsluiten, te ontwikkelen en te vertalen naar adviezen voor overheidsbeleid en –communicatie.
- We anticiperen op toekomstige vragen (van beleid, ten aanzien van gedrag en maatregelen)
- Wij werken vraaggestuurd, kortcyclisch en wetenschappelijk onderbouwd
- Wij maken het samenspel zichtbaar tussen gedrag, draagvlak en welbevinden van doelgroepen
- Wij adviseren over gedragsaspecten van maatregelen en monitoren het effect van maatregelen op gedrag

Hoofdprocessen

- **Vraagarticulatie** (opdrachtgevers VWS, ZonMw/NWO en ad hoc)
- **Kennis binnen halen** (voedt kennisontwikkeling en advisering)
  - Kennisnetwerk met o.a. universiteiten en instituten
  - Literatuur
  - Wetenschappelijke advies raad, gedragswetenschappelijke experts (WAR)
- **Kennisontwikkeling** (onderzoek en monitoring)
  - Kwantitatief vragenlijst onderzoek ism GGD'en (>85.000 respondenten)
  - Verdiepend kwalitatief onderzoek met interviews
  - Social media analyse voor breder inzicht in draagvlak maatregelen
  - Verdiepend onderzoek o.b.v. vragen of WP3/WP4
- **Advisering**
  - Overheidscommunicatie bv. Nationaal Kernteam Crisis
  - Overheidsbeleid mn. kabinet
- **Publicatie**

287656

Vragenlijst onderzoek

A. Algemene gegevens deelnemers (GGD panels, RIVM open link) – thuissituatie, leeftijd, werk etc.
B. Compliance – hoe lukt het mensen zich aan de gedragsregels te houden en hoe lang nog
C. Draagvlak – hoe beleven mensen de gedragsregels, waar hebben ze moeite mee
D. Welbevinden – hoe voelen mensen zich in het licht van de gedragsregels/maatregelen (stress, eenzaamheid etc.)

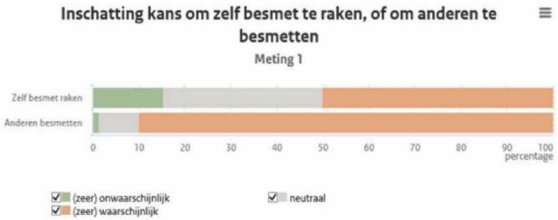
287656

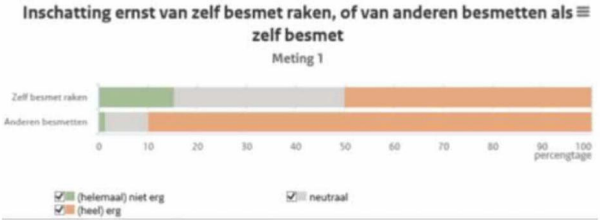
Eerste resultaten

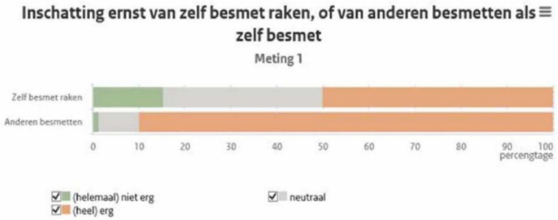
- Theoretisch kader over Opstarten van gedrag en Volhouden van gedrag
- Doorlopende scan op literatuur over gedrag en effecten van maatregelen. Bv. wetenschappelijke kennis over effectiviteit en gedrag t.a.v. mondkapjes.
- Elke 2 weken een vragenlijst onderzoek, 5 rondes voorzien
- Na eerste analyse kwalitatief vervolg onderzoek voor meer begrip en beter inzicht in minder zichtbare doelgroepen (bv. migranten, jongeren)
- Elke 2 weken een factsheet, waarin diverse resultaten worden gepresenteerd voor breder publiek
- Website RIVM, waarop bv. resultaten van vragenlijstonderzoek worden gepubliceerd. Vandaag eerste resultaten.
- https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag

Eerste resultaten



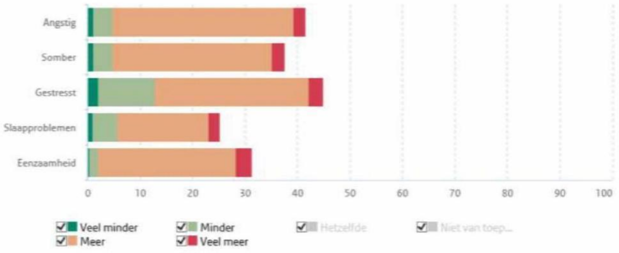




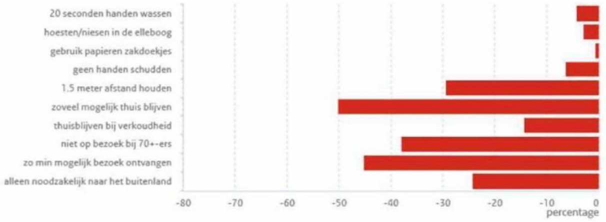


Eerste resultaten

Mentaal welbevinden, vergeleken met de periode voor de crisis
Meting 1



Verandering in mate van achter de maatregelen staan, als de maatregelen nog zes maanden duren
Meting 1



287656

Samenwerking met LOT-C sectie Samenleving en Veerkracht

- Deelname aan wekelijks overleg met de sectie
- Deelname aan subsectie mentale weerbaarheid, maatschappelijke impact en nafase (PSH GOR groep)
- Deelname aan subsectie kennismobilisatie ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
- Bijdrage en wetenschappelijke toets advies gedragsbeïnvloeding jongeren 15-19 jaar (24 april)
- En verder……………………….?

Guido Veldhuis

- TNO, LOT-C sectie scenario’s, plannen en handelingsprotocollen
- Researcher & Project leader Military Operations

- Guido.Veldhuis@tno.nl

287656


TNO innovation for life
Simulatie voor crisisbeheersing
USE CASE: COVID-19, MAATREGELEN EN NALEVING | G.A. VELDHUIS

MODELLERING IMPACT EN NALEVING MAATREGELEN

- 'Proof-of-concept'
  - **Onderzoek** naar de mogelijkheid van een **generiek simulatieplatform** waarmee **data-gedreven** prognoses gemaakt kunnen worden voor het verloop van een **crisis**

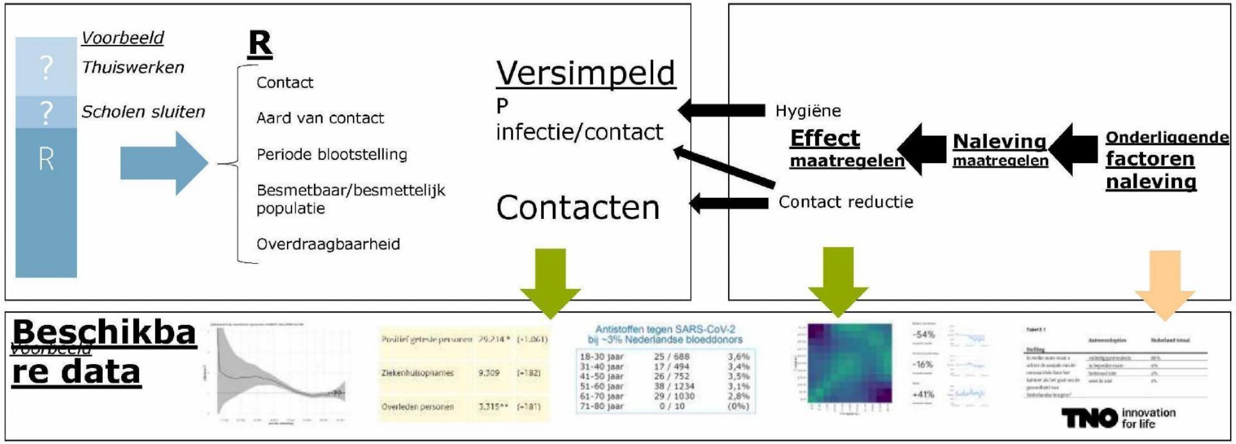
- Naleving geselecteerd als eerste verdieping
- Koppeling naar COVID verspreidingsmodel Van Wees et al.

- Naleving
  - Eerder signaleren trend (ten opzichte van ziekenhuisopname)
  - Verkleinen onzekerheid (naleving is nu grote bron van onzekerheid in simulatie Van Wees et al.
  - Impact (afbouw) maatregelen en naleving is een belangrijke driver voor beslissingen.

287656

DILEMMA MODELLERING

- Bijdrage maatregelen aan R onbekend
- R is een afgeleide, een container, met veel onderliggende factoren
- Versimpeling is mogelijk (P, Contact) maar mengt ook effect van maatregelen.
- Maatregelen beïnvloeden R0 op verschillende wijze
- Potentieel effect en effect van naleving maatregelen zijn niet te onderscheiden
- We observeren alleen indirect het gedrag van mensen
- Weinig data, en niet frequent, over onderliggende factoren van gedrag

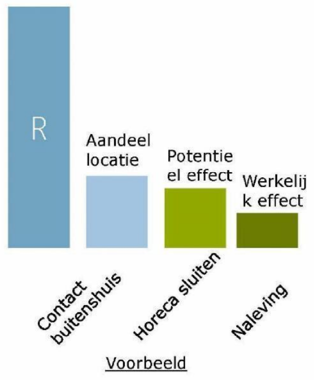


287656

AANPAK

- Contacten bepalen pre-corona
- Locatie van contacten
- Besmettingskans per contact per locatie
- Per (set van) maatregelen
  - Maximaal effect %
  - Naleving %

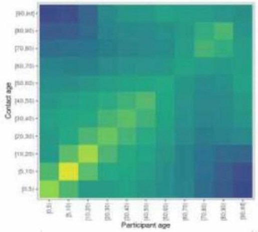
- Validatie door fit op
  - Gerapporteerde contacten
  - Gerapporteerde R
  - Ziekenhuisopnames
  - Enquête
  - Mobiliteit



TNO innovation for life

CONTACTEN BEPALEN PRE-CORONA

- Data
  - Contact matrix (RIVM, 2e kamer briefing)
    - Leeftijden
  - Verdeling contacten over locaties (obv. Prem et al., 2017).
    - Thuis, Werk, School, Overig
  - Besmettingskans (afgeleid van R0, RIVM)
    - Locatie, Leeftijd



RIVM

Overig

	00-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-inf
90-inf	0,12	0,23	0,45	1,00	1,01	0,88	1,30	0,75	0,58	0,54
80-90	0,22	0,25	0,45	0,86	0,61	0,63	1,23	1,11	1,53	0,58
70-80	0,35	0,34	0,36	0,71	0,56	0,55	1,30	1,45	0,96	0,64
60-70	0,60	0,42	0,35	0,65	0,64	0,92	0,92	1,30	0,13	0,13
50-60	0,38	0,40	0,38	0,58	0,38	0,61	0,92	0,55	0,29	0,41
40-50	0,43	0,46	0,43	0,94	0,87	0,38	0,64	0,56	0,01	0,02
30-40	0,47	0,71	1,18	1,90	0,94	0,58	0,65	0,71	0,86	1,00
20-30	1,01	1,01	1,44	1,18	0,43	0,38	0,35	0,36	0,45	0,45
10-20	1,78	4,02	1,01	0,71	0,46	0,40	0,42	0,34	0,25	0,23
00-10	3,08	1,78	1,01	0,47	0,43	0,38	0,60	0,35	0,22	0,12

Overig

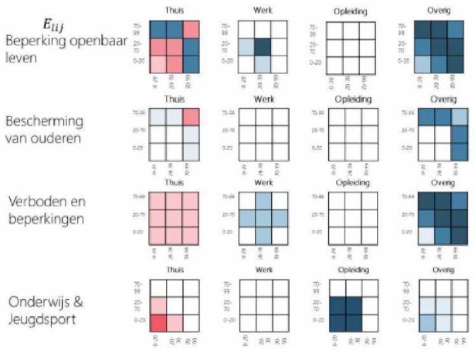
	00-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-inf
90-inf	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
80-90	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
70-80	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
60-70	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
50-60	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
40-50	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
30-40	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
20-30	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
10-20	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
00-10	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%

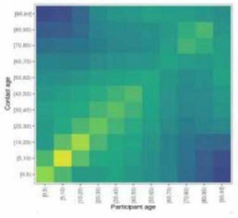
TNO innovation for life

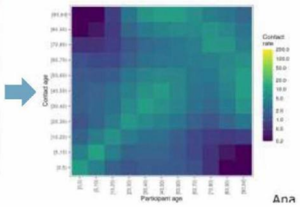
MAXIMAAL EFFECT MAATREGELEN

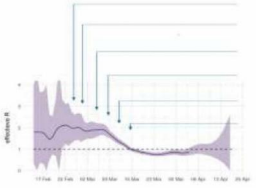
- Gemodelleerd als reductie van effectieve contacten (inc. onzekerheid)
- Rekening houdend met verplaatsingseffecten
- Meest waarschijnlijke waarden afgestemd op contactmatrix en R0 (RIVM)

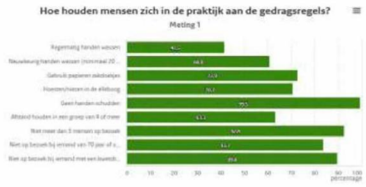
- Maatregelen (Contact reductie)
  - Beperking openbaar leven
  - Bescherming van ouderen
  - Verboden en beperkingen
  - Onderwijs & Jeugdsport
- Gezondheidsadviezen (Hygiëne)





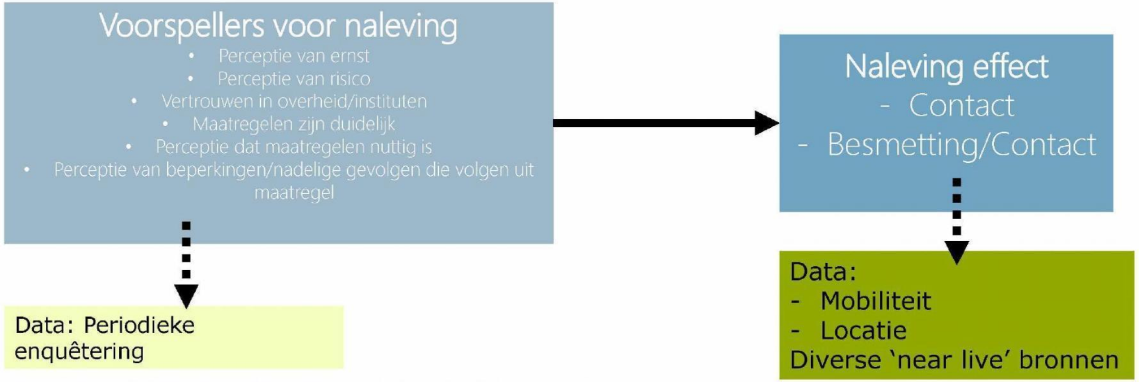






NALEVING

- Inmiddels een aantal metingen van voorspellers beschikbaar
- 'Near realtime' data over gedrag beschikbaar



Oa. Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.

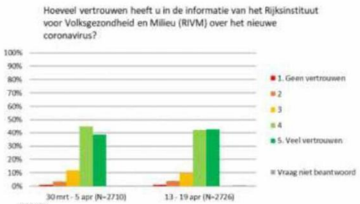
TNO innovation for life

NALEVING MODELLERING

- Data
  - Mobiliteit: Google mobility, NDW, Translink
  - Onderliggende factoren: VWS, RIVM enquête

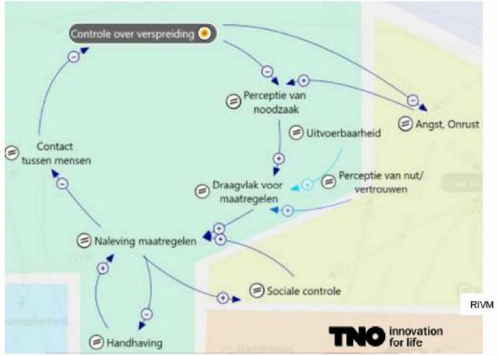
- Assumpties over relaties
  - Maatregel moe, Naleving neemt af met de tijd
  - Ziekenhuisbesmetting/Sterfte beïnvloed onderliggende factoren (Ernst,..)
  - Sociale controle (naleving leidt tot naleving)

- Aanname: naleving was maart/april maximaal (maakt fit op mogelijk)



RIVM



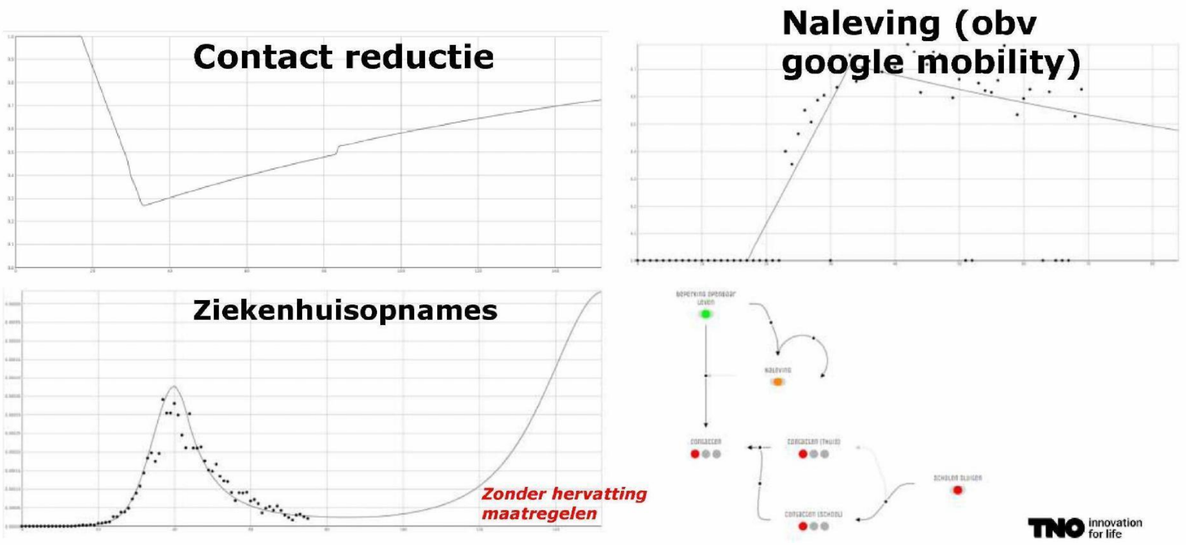


RIVM

TNO innovation for life

287656

SIMULATIE



BELANGRIJKSTE MAATREGELEN

- M1 Beperking openbaar leven (Specifieke maatregel)
  - Blijf zoveel mogelijk thuis
  - Ga alleen naar buiten als dat nodig is voor werk wanneer u niet thuis kunt werken, voor boodschappen, een frisse neus of om iets voor een ander te doen
  - Ga alleen naar buiten als dat nodig is
  - Gebruik het openbaar vervoer alleen als het echt niet anders kan. Openbaar vervoer is geen uitje.
- M2 Bescherming van ouderen (Specifieke maatregel)
  - Verpleeghuizen zijn gesloten voor bezoek
  - Wijs bij zelfstandig wonende ouderen (70-plussers) één of twee vaste personen aan die de oudere met enige regelmaat blijven bezoeken
  - Mensen die ernstiger ziek kunnen worden van het coronavirus zijn mensen van 70 jaar en ouder en mensen met een onderliggende aandoening. Behoort u tot deze groep? Blijf thuis, ontvang zo min mogelijk bezoek
- M3 Verboden en beperkingen (Specifieke maatregel)
  - Het verbod op vergunnings- en meldplichtige evenementen
  - Bioscopen, theaters, concertzalen, bibliotheken, musea en erfgoed met een publieksfunctie blijven gesloten
  - Ook culturele activiteiten, zoals voorstellingen, tentoonstellingen en concerten zijn verboden
  - Uitvaarten en huwelijksvoltrekkingen kunnen doorgaan als er maximaal 30 personen bij elkaar zijn
  - Religieuze en levensbeschouwelijke bijeenkomsten vinden bij voorkeur online plaats
  - Alle eet- en drinkgelegenheden zijn gesloten
  - Gesloten zijn ook: sportverenigingen, sport- en fitnessclubs, sauna's, casino's, speelhallen, seksinrichtingen.
  - Het uitoefenen van alle vormen van contactberoepen is verboden
- M4 Onderwijs (Specifieke maatregel)
  - Scholen in het basisonderwijs, inclusief het speciaal (basis)onderwijs, de dag- en gastouderopvang openen op 11 mei hun deuren
  - Scholen in het voortgezet (speciaal) onderwijs blijven gesloten
- A1 Maatregel 'Gezondheidsadviezen' (Algemene maatregel
  - Was uw handen
  - Hoest en nies in de binnenkant van uw elleboog handen
  - Gebruik papieren zakdoekjes om uw neus te snuiten en gooi deze daarna weg
  - Schud geen handen
  - Houd 1,5 meter afstand (2 armlengtes) van anderen
  - Winkels en het openbaar vervoer nemen maatregelen om ervoor te zorgen dat mensen afstand houden, bijvoorbeeld via een deurbeleid en afspraken over reizigersgedrag.

TNO innovation for life

287656



287656

Even de benen strekken…

- Werkvorm:
- 4 flips in de lobby, pak een pen en een stapeltje post-it's
- 20 min, dan centrale wrap-up



En hoe nu verder?

- Behoefte aan opvolging?
- In welke vorm?
- Uitwisselen contactgegevens?



From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Cc: (10)(2e) (10)(2e)
Subject: Aantekeningen overleggen BCG Bbio 1-mei-2020
Date: vrijdag 1 mei 2020 15:49:07

Ochtend: (10)(2e), (10)(2e) (BBio) en (10)(2e)
Middag: (10)(2e) (VWS) en (10)(2e)

VWS: Uitkomst onderzoek onder zorgpersoneel lijkt veel belovend te zijn, er is contact met Mihai Nitea. Hoe snel zou DVP over grote hoeveelheden BCG van Bbio kunnen beschikken?

Vraag aan VWS: om welke groepen gaat het? Aantallen? Wie beslist (VWS, OMT, GR)?

Opslag ws geen probleem, 5-10 pallets.
Bbio regelt vervoer vanuit India, gaat de laatste tijd wel iets gemakkelijker. Bbio zoekt uit hoeveel tijd dat zou kosten. Vaccins staan klaar, 1 miljoen doses.

Vrijgifte door DVP. Testen niet nodig, COA beschikbaar. Bbio zoekt uit of ook een nationale vrijgifte is gedaan in India. DVP heeft max een week nodig voor vrijgifte, veel kan al vooraf gedaan worden. HBH: 24 maanden?

IGJ heeft opdracht van VWS als eis gesteld voor goedkeuring. Er is nog geregistreerd vaccin beschikbaar, maar te weinig.

De GR moet ook nog een advies uitbrengen! Dat kan heel snel gaan, hopelijk is er maandag een eerste gesprek met GR en Mihai.

Indien er nog meer vaccins nodig zijn: BulBio?

Vragen aan VWS:
- Groep, aantallen? Wie vaccineert?
- Aandacht voor organisatie groepsvaccinatie, lastig vaccineren. Wie vaccineert? Wie regelt het? CIb betrekken? Of CvB? Tuberculosefonds evt rol in scholing?
- Ontheffing EA
- Opdracht

049_20200518_opname_10044203_t2_ps	
Aantal minuten:	52
Aantal sprekers:	2
Taal:	Nederlands

SP1: Ja, ok. Het is vandaag 19 mei 2020. En mevrouw heeft respondentnummer 10044203. En zij vindt het goed als ik ons gesprek opneem. Klopt dat?

SP2: Ja, dat klopt.

SP1: Mooi, dan kunnen we beginnen. Heb je voordat we beginnen nog vragen?

SP2: Nee.

SP1: Ok. Dan is de eerste vraag hoe het gaat sinds ons vorige interview.

SP2: Ja, gaat goed. Mag niet klagen. We mogen nog steeds af en toe naar buiten om te gaan werken, dus dat is fijn. Dus ik denk dat ik bij de mensen hoor die misschien wel wat meer werkgeluk heeft dan andere mensen. Want ik merk in de huisartsenpraktijk dat mensen toch wel diep ongelukkig zijn omdat ze zoveel thuis moeten zitten. Maar met ons gaat het redelijk goed, dat is fijn. Niemand is ziek, dus dat is ook fijn. Ik doe mijn oortjes in hoor, dat praat wat makkelijker. Luisteren is ook makkelijker. Zo, hoor je me nog?

SP1: Ja, zeker.

SP2: Dus nee, eigenlijk gaat alles best wel goed met ons.

SP1: Mooi. Want vorige keer vertelde je volgens mij wel dat de kinderen niet helemaal fit waren, toch?

SP2: Ja, die waren niet helemaal fit, maar dat is ook wel weer vrij snel hersteld. Dat was… ja, niet het beeld van corona, dus dat is ook niet waar we ons zorgen over maakten, maar de rest van de wereld natuurlijk wel, maar gewoon een ordinaire ouwerwetse oorontsteking.

SP1: Ok. Ja, die hebben we ook nog.

SP2: En dat… die hebben we ook nog. En de kans op een ouwerwetse oorontsteking is in de regio [plaats] groter dan in de regio [plaats] misschien, omdat we nog relatief misschien iets minder corona hebben denk ik. Maar goed, dat… als de rest van het gezin verder niet echt heel erg ziek is maak ik me daar ook niet per se heel erg veel zorgen om.

SP1: Want gingen zij nog naar de kinderopvang?

SP2: Ja, zij gingen wel naar de kinderopvang, maar toen [naam] een oorontsteking had, zij niet. Maar omdat [naam] toen al… ook wel weer heel erg klachtenvrij was en het alleen maar buikpijn betrof hebben we hem wel naar de opvang gestuurd. Ik denk dat als een van ons drie ook nog een snotneus hadden gehad dat we het niet hadden gedaan, maar omdat de rest dusdanig gezond was, en het was begonnen bij haar, en zij alleen maar op de crèche was geweest en verder nergens anders, dachten we dat het wel mee zou vallen.

SP1: Ja, snap ik.

SP2: En in overleg met de crèche hebben we haar toen thuis gehouden en onze andere zoon gebracht.

SP1: Ok. Is er de afgelopen twee weken iets veranderd in hoe je je voelt?

SP2: In de breedste zin?

SP1: Ja.

SP2: Nou ja, ik ben denk ik iets meer aan het werk, omdat… en ik merk dat wel, dus ik merk wel dat ik een beetje gaar ben en moe ben. En dat ik… de stress wel voel van de dagelijkse praktijk. Maar verder thuis merk ik ook wel dat het sonnetje weer gaat schijnen, dus dat ik daar ook wel weer en beetje blijer in ben.

SP1: Wat bedoel je daarmee, dat het zonnetje weer gaat schijnen?

SP2: Dat je merkt dat je weer meer in de tuin zit.

SP1: Ah, letterlijk de zon weer gaat schijnen.

SP2: Ja, letterlijk de zon weer wat meer gaat schijnen. En dat is ook wel heel fijn. Ik word heel fijn van buiten lekker weer, want wij zijn graag buiten met het gezin. En dan zeker als het 's ochtends vroeg al een beetje lekker weer is, is het fijn om echt even naar buiten te gaan en een wandeling te maken door het bos of zo.

SP1: Ja, klinkt goed. Vorige keer vertelde je volgens mij dat in je eigen directe omgeving geen mensen zijn die het coronavirus hebben gehad. Is dat nog steeds zo of is daar in de afgelopen weken iets in veranderd?

SP2: Nee, dat is nog steeds zo.

SP1: Ok. Dan wil ik het graag even gaan hebben over de versoepeling van de maatregelen, die zijn op 6 mei aangekondigd door Rutte. Wat vind je van de versoepeling van de maatregelen?

SP2: Ik denk dat dat best moet kunnen. Ik denk ook als je dat niet doet dat mensen zich toch niet aan de maatregelen gaan houden. Dus dat je het misschien maar beter voor kan zijnen je iets kan geven aan mensen, werkgevers, misschien meer het goeie woord, en dat je beter de maatregelen iets kan versoepelen, dat mensen wel gemotiveerd zijn om de dingen die er nog zijn wel te doen. Dus ik denk wel dat het moet kunnen, maar ergens merk ik ook in de praktijk hoe mensen er soms mee omgaan en dan denk ik wel: oh ja, als dit maar goed gaat.

SP1: Kun je daar een voorbeeld van geven?

SP2: Er zijn in onze dagpraktijk best wel wat mensen die op zich corona-achtige klachten zouden kunnen hebben, maar zichzelf voordat corona uitbrak of ten tijde van het begin van de uitbraak, voordat zij coronaklachten hadden, aan een soort van zelfquarantaine deden uit angst om corona te krijgen, die nu toch verkouden zijn en naar buiten zijn omdat ze zeggen "Ja, ik kan eigenlijk niet nog langer binnen zitten." En dan denk ik, dan levert dat wel gemengde

gevoelens. Want ik heb ze dan in de eerste vier weken heel vele gesproken omdat zij heel bang waren om corona te krijgen, waarbij zij zelf heel erg hebben aangegeven dat ze echt hopen dat iedereen met klachten binnenblijft, en nu ze zelf klachten hebben gaan ze gewoon naar buiten en dan… ben ik daar misschien voor mezelf sowieso heel rechtlijnig in en dan merk ik wel dat ik mijn empathie een beetje ben verloren.

SP1: Ja. Maar mensen geven eigenlijk aan dat ze het niet vol kunnen houden.

SP2: Ja.

SP1: En dan negeren ze eigenlijk de snotneus of de… ja.

SP2: Ja.

SP1: Ja, ja. En ik kan me herinneren dat de vorige keer dat ik vroeg… wat je bij andere mensen waarnam, dat er toen ook wel mensen waren die veel meer tijd op straat doorbrachten of iets minder nauw namen met afstand nemen, maar dat je dat ergens ook wel begreep, van ja, weet je, het is ook lastig wat er van mensen gevraagd wordt. Maar hier gaat het dan een grens over, begrijp ik dat goed?

SP2: Nou ja, ik snap die mevrouw ook wel, maar het gaat een grens over omdat ik haar zes weken lang heb horen zeggen dat zij het maar asociaal vindt dat mensen met een snotneus naar buiten toe gaan en dat nu vervolgens zelf ook doet.

SP1: Toch doet, ja, voortschrijdend inzicht.

SP2: Dan, kijk, als je nou van tevoren al had gezegd "Ik ga gewoon naar buiten, want ik vind het niet erg om te krijgen", dan kan ik me daar meer… dan is mijn inlevingsvermogen groter, dat je het ook doet op het moment dat je zelf klachten hebt.

SP1: Ja, dat is wat consistenter.

SP2: Ja.

SP1: En nou is dit in algemene zin, maar als je naar je eigen dagelijks leven kijkt, heeft de versoepeling van de maatregelen daar effect op?

SP2: Ja, want er gaan natuurlijk kinderen weer naar het kinderdagverblijf? En ik merkte aan onze zoon en onze peuter dat ie dat heel fijn vindt. Aan de andere kant dat ie het ook heel jammer vindt, want hij is niet meer de alleen-aandacht. Maar het is wel fijn voor hem dat hij weer gewoon kan gaan spelen. En hij kan binnenkort gaan wennen op de kleuterschool en daar kijkt ie heel erg naar uit.

SP1: Ok, leuk.

SP2: En dat is wel fijn dat je dat… dat dat in ieder geval doorgaat. Dus het doet voor hem in ieder geval wel heel veel.

SP1: Ja. Ok. En hoe groot denk je dat de kans dat je zelf besmet raakt nu de maatregelen versoepeld zijn. Is daar iets in veranderd?

SP2: Ik denk dat die kans toeneemt. Maar dat is met name… niet per se vanwege de crèche of het kinderdagverblijf of omdat we blijven boodschappen doen, maar meer omdat ik nu meer patiënten zie op het spreekuur zonder fatsoenlijke persoonlijke beschermingsmaatregelen.

SP1: Ja.

SP2: Want die zijn toch schaars. En we hadden een centrale corona-post in de regio [plaats] en je merkt aan alle kanten dat die wordt afgeschaald. Dus we moeten binnenkort ook de visites, de corona-visites zelf doen. En we hebben helemaal niet genoeg schorten of mondmaskers, want die hebben we allemaal naar het centrale punt gebracht, omdat is afgesproken dat we dat centraal zouden regelen, en de overheid dat ook toejuichte, maar toch heeft gezegd "We gaan daar niet voor betalen." Dus begrijpelijk zegt dan de centrale post "Ja, dan gaan we het ook afschalen." Dus dat levert nogal problemen op. dus dat is met handen en voeten werken, proberen we dat toch voor elkaar te krijgen. Dus ik denk in die zin dat de kans groter is, en je merkt ook aan mensen dat ze liever niet naar de corona-post gaan. Dus toch verzwijgen dat ze aan het hoesten zijn en met hun buikklachten dan op het spreekuur komen en dan toch hoesten. En dat zal allemaal geen corona zijn, want de voorafkans dat het corona is, is nog relatief laag. Maar ik denk wel omdat er meer mensen komen, je een groter risico loopt.

SP1: En begrijp ik goed dat je inschat dat er meer mensen komen doordat de maatregelen versoepeld zijn?

SP2: Ja. Nou, de mensen verwachten ook dat nu de huisartspraktijk weer open is. Dus mensen… zeggen "Ja, maar de maatregelen zijn versoepeld, dus jullie moeten ook wel weer opengaan. Dus ik heb nu al acht weken gewacht met die rugpijn dus ik wil nu komen en ik wil geen dag langer wachten." Dat is ongeveer de… gedachtepatroon van mensen, hoe dat gaat.

SP1: Ja, en dan verwachten ze zelf dus ook niet eens dat ze corona hebben, maar dan komen ze wel en dan hebben ze soms ook corona-achtige klachten.

SP2: Ja. Ook al heeft de assistente het gevraagd vanochtend. Of die ochtend. En dan zeggen ze "Ja, maar als ik zei dat ik een snotneus heb al drie weken dan mag ik niet komen. Dus ik heb gezegd dat ik dat niet had."

SP1: Oh oh oh. Ingewikkeld.

SP2: En dat is geen uitzondering.

SP1: Nee, en dan heb je eigenlijk al alles gedaan om het uit te vragen, ja.

SP2: Ja.

SP1: Ja, en dan… is dan het idee dat mensen vinden dat ze recht hebben op de huisarts zien, of?

SP2: Ja, zeker. Mensen nemen geen genoegen met een advies van de assistente.

SP1: Nee. En dan telefonisch consult zou dan ook niet voldoende zijn?

SP2: Nou, dat heb ik dan meestal in die acht weken hiervoor al drie keer gehad. En dan… ja, zeker met rugpijn, kniepijn of keelpijn, of… nou ja, in de somatische onverklaarde klachten, dat lukt gewoon niet altijd goed door de telefoon, want mensen… laten zich minder goed geruststellen, maar snappen ook niet dat of je mensen nu ziet of niet ziet, dat het beleid hetzelfde is, omdat je maar drie behandelopties hebt: niks doen, fysiotherapie of pijnstilling. En dat vinden ze moeilijk te begrijpen en lastig te behappen.

SP1: Ja. Ja, dus eigenlijk is het ook een soort opgebouwde wens om toch langs te komen en… nu d'r iets lucht is gegeven vullen mensen dan in dat dat betekent dat ze ook naar de huisarts kunnen.

SP2: Ja. Dus we hebben een stukje in de krant laten plaatsen, dat we waarschijnlijk een van de laatste sectoren zijn die weer volledig opengaan. Omdat we… de meest kwetsbare groep bedienen. En [organisatie], waar ik werk, heft veel ouderen en veel kwetsbare patiënten, bovengemiddeld veel. En dus [wouden we] mensen bedanken voor de afgelopen periode, dat ze zoo meegaand zijn geweest, begripvol zijn geweest, maar ook om ze te vertellen dat het echt nog wel een tijdje gaat duren voordat we weer helemaal open zijn. Maar je merkt dat mensen dat dan toch lezen wat ze willen. En ja, dat is… dat levert soms weleens tot discussies op, aan de telefoon.

SP1: Ja, en blijkbaar is het dus zo moeilijk om dan niet naar de huisarts te gaan.

SP2: Ja. En op zich snap ik dat ook wel, want mensen zijn natuurlijk angstig en bang en… daar heb ik tot op zekere hoogte ook wel begrip voor, maar het betekent niet dat je je… niet hoeft te gedragen.

SP1: Nee, zeker niet. Nee. Ok, ik wil graag even doorgaan met een situatieschets. Als ik die dan verteld heb dan ben ik benieuwd naar je reactie. De situatie gaat over een wandeling. Stel je voor op een mooie lentedag besluit je een wandeling te gaan maken. Je bent al een tijdje op weg en je komt verschillende andere mensen tegen, sommige ook wandelend, andere fietsend. Tot nu toe is het gelukt om anderhalve meter afstand te houden en na een tijdje gewandeld te hebben kom je de volgende situatie tegen. Er komen twee andere mensen lopend tegemoet. Zij lopen naast elkaar, en het is een wat smaller pad en het is onmogelijk om die twee tegemoetkomende mensen te passeren zonder binnen de anderhalve meter van mekaar te komen. Zij lopen gewoon door en gaan niet achter elkaar lopen. Wat denk je op zo'n moment?

SP2: Bijzonder. Ja, wat ik… dan denk ik vooral: bijzonder. En dan… vaak denk ik… want het gebeurt zeker, want ik ga ook 's morgens heel vroeg weleens hardlopen en dan zie je ook weleens 80-jarigen die dat doen. En dan denk ik: het is toch bijzonder dat je op dit tijdstip buiten bent en je gaat niet achter elkaar lopen terwijl [niet verstaanbaar] 13.47 En ik vraag me dan weleens af wat mensen hun motief is. En dan afhankelijk van hoe dus dermate weinig ruimte zij mij gegeven, vraag ik ook weleens of ze mij ruimte willen geven.

SP1: Ja. En als je dan een gevoel zou mogen omschrijven wat dan het sterkst bij je naar boven komt, welk gevoel is dat dan?

SP2: Verwondering vooral. Ik denk dat het anders zou zijn als ze hoestend en proestend voorbij zouden lopen. Of net hun neus zouden ophalen, want dan zou ik toch wel lichtelijk chagrijnig of misschien wel een beetje pissig zijn.

SP1: Ja. Ok. Dank je wel. Dan heb ik een aantal vragen over het naleven van de maatregelen. Nu zijn er sinds twee weken een aantal versoepeld, maar er zijn natuurlijk een hele hoop maatregelen nog van kracht. Zijn er maatregelen die je in de afgelopen twee weken minder bent gaan opvolgen?

SP2: Nou, we zijn tegen ons principe in afgelopen weekend overdag een keertje naar het bos gegaan. En we zijn daar toevallig vrienden tegengekomen, waarbij onze kinderen een tijdje hebben zitten spelen. Dus we hebben op het gras gezeten met die vrienden drie meter verderop en de kinderen hebben een tijd gespeeld samen. Dus daarmee zijn we tegen onze principes, hebben we toch contact gehad met andere mensen, en dat is meer een toevalligheid van omstandigheden geweest dan dat we dat bewust zo hebben gepland. Dus daarin hebben we denk ik toch een beetje meegegeven, veranderd omdat we onze kinderen mekaar ook heel goed kennen. Maar goed, dat was ook wel weer heel fijn. En we denken dat we ons daarmee wel aan de richtlijnen hebben gehouden van de versoepelingen, omdat de kinderdagverblijven toch open zijn en kinderen daar toch structureel over elkaar heen liggen. Ja, dachten we dat dat wel kon. Maar ik denk wel als een BOA ons had gezien dat die er misschien wel wat van had kunnen zeggen, van "Joh, we zien jullie kinderen samen spelen, we zien ook wel dat jullie drie meter van elkaar vandaan zitten, maar technisch gezien zou je misschien kunnen zeggen dat het een samenzwering was van acht mensen." Want we hebben alle twee twee kinderen. Dus dan… ja, we grapten ook wel een beetje van "wat zou een BOA hier nou van zeggen?" Ook al zitten we echt wel een eind uit elkaar en zijn we wel een soort van aan het kletsen, c.q. schreeuwen naar de andere kant. Maar ja, dan vraag ik me toch wel af, stel nu dat het vreemden waren geweest, dat had ook zo kunnen zijn, want mijn kind had vast ook met vreemde kinderen kunnen spelen, had ik ook wel benieuwd of dat ik dan hetzelfde had gedacht, of dat ik dan had gedacht: dit zijn vreemde mensen, dus dat is prima. Maar ik merk wel dat wij er soepeler in worden. Ik had misschien twee weken geleden gedacht: oh, misschien is dat andere kind wel verkouden en zit daar wat mee. Maar ja, omdat het nu toch ook op de crèche gebeurt en je toch ook geen invloed hebt wat andere ouders naar de crèche toe brengen, denk ik wel, nou ja, het zal wel loslopen.

SP1: Ja. En is dat iets wat je in je omgeving ook hoort, dat mensen maatregelen misschien iets minder strikt opvolgen dan voorheen?

SP2: Ja. Ja, dat gevoel heb ik wel. Mijn moeder wordt ook makkelijker met op de kinderen passen als… als [naam], de jongste, misschien dubieus een snotneus heeft, of toch een beetje oorpijn heeft, dan heb ik het idee dat mijn moeder daar ook makkelijker in wordt.

SP1: Ja. En de maatregelen die echt concreet versoepeld zijn hè, zodat het bijvoorbeeld weer mogelijk is om naar de kapper te gaan of een massage te ontvangen, te gaan sporten. Zijn dat maatregelen waar je gebruik van hebt gemaakt?

SP2: Nee, nog niet, maar mijn man wou wel heel graag, maar die kon nog niet terecht. Dus die heeft morgen een afspraak bij de kapper.

SP1: Ja. En de kinderen gaan dan weer naar de opvang?

SP2: En de kinderen gaan weer naar de opvang. Maar die gingen sowieso al naar de opvang.

SP1: Ja, ik wou zeggen, ik vraag het en ik denk “hé, maar dat was al zo”, ja.

SP2: Ja, dat was al zo. Dus dat is niet per se heel erg veel anders. Maar ik merk wel in mijn omgeving, zoals mijn moeder, die gaat weer naar de schoonheidsspecialiste.

SP1: Ja. Dus die pakt ook de ruimte die er nu is.

SP2: Ja. Maar dat zie je denk ik aan iedereen. Ik heb… en dat merk ik ook op het spreekuur, want ik heb toch al drie kappers gezien die nu ineens schouderklachten hebben, met de wens van en injectie in hun schouder omdat ze overuren draaien.

SP1: Ai ai ai. Ja. Ja, dus die kunnen eigenlijk de vraag helemaal niet aan.

SP2: Nee, die kunnen de vraag niet aan. Dus ik denk… en dat is indirecte informatie, maar ik denk dat een heel dorp op de stoep staat bij de kapper.

SP1: Ja. Ja, en iedereen wil dan ook meteen hè.

SP2: En iedereen wil meteen. Dat is het. Maar dat is denk ik ook een stukje wat in onze samenleving geworteld zit. Wat vroeger misschien anders was. Maar alles moet nu, meteen, niemand mag nog hoofdpijn hebben. Maar we… wat dat betreft een beetje een maakbare samenleving daarin. En ik had eigenlijk gehoopt dat deze coronacrisis mensen wat nederiger zou maken voor dit soort dingen, maar het tegendeel blijkt waar.

SP1: Dat ze meer geduld zouden hebben, of?

SP2: Ja. Dat ze meer geduld zouden hebben en blij zouden zijn met… dat ze misschien volgende maand naar de kapper zouden kunnen. Maar ze zijn eigenlijk ontevreden dat het pas volgende maand is en niet vandaag.

SP1: Ja. En dat is dan wat die kappers ook aangeven, dat mensen bij wijze van spreken op de stoep liggen om… een plekje te krijgen.

SP2: Ja.

SP1: Ja, heftig.

SP2: Ja, bijzonder eigenlijk hè.

SP1: Ja, en dat effect dat er een zekere rust ook kan optreden of een bepaalde… hoe zeg je dat, overlevering aan dat niet alles beïnvloedbaar is, die is dus eigenlijk niet zichtbaar.

SP2: Nee, verre van.

SP1: Nee. Ja, dat vind ik wel interessant dat je dat zegt, ik zie dat zelf… ik zie zelf zeg maar beide. Dus ik zie mensen die inderdaad heel onrustig zijn en ongeduldig en een beetje drammerig misschien bijna, maar ik zie toch ook

mensen die zoiets hebben van "Ja weet je, of mijn haar nou nog een centimeter langer wordt of niet, het is toch al uit model." Dat idee.

SP2: Nou ja, dat is natuurlijk het lastige, want die mensen zie ik niet en die hoor ik niet. Die zullen er zeker zijn, maar ik hoor natuurlijk alleen maar de kappers die met name de drammerige mensen horen, want de mensen die… waarvan het ze niks uitmaakt, die zijn er niet.

SP1: Die komen pas later in beeld, ja.

SP2: Want die komen pas later in beeld, want die denken "Nou, ik wacht de eerste golf wel af en dan zie ik het wel."

SP1: Ja precies.

SP2: En hetzelfde geldt voor het spreekuur. Dus ik besef me ook dat ik een bias heb, want ja, zoveel contact hebben wij ook niet met andere mensen. Ik spreek vooral mijn ouders en ik app met wat vriendinnetje maar die werken eigenlijk allemaal in de zorg, dus die gaan denk ik de komende drie maanden ook niet naar de kapper, want die zijn vooral allemaal net zo hard aan het werk.

SP1: Ja. En herkennen die het beeld dat je schetst, dat eigenlijk toch best wel veel mensen nog heel rusteloos zijn en ongeduldig?

SP2: Ja. Die herkennen dat. Nou ja, een werkt op de pathologie, dus die herkent dat wat minder. Die… heeft weinig echt patiëntencontact. Maar de interne en de neurologie, ja, die voelen dat ook wel. Mensen die al acht weken hoofdpijn hebben die willen nu toch echt wel gezien worden.

SP1: Ja, ja. En… vorige keer vertelde je dat eigenlijk… de uitbraak als effect heeft dat je meer bent gaan werken. Heeft de versoepeling van de maatregelen daar nog invloed op gehad?

SP2: Ja. Ja, dat ik nog meer ben gaan werken.

SP1: Nog meer.

SP2: Ik werkte drie dagen in de week, toen werden het vier/vijf dagen in de week en nu is het zeker vijf dagen in de week.

SP1: En is dat dan ook een gevolg van dat zoveel mensen nu eigenlijk… ja, bijna afdwingen dat ze langs kunnen komen? Of komt dat ergens anders door?

SP2: Ja, ik denk vooral het laatste. Dus voorheen, tijdens de coronacrisis kon ik iedere dag echt wel om vijf uur naar huis. Maar dat lukt nu gewoon niet.

SP1: Tsjonge.

SP2: Want er zijn… ja, en dat is best… maar dat is misschien iets van de afgelopen dagen, de afgelopen twee weken denk ik. Maar dat effect zal vast ook wel weer minder worden als die eerste drammerige mensen die echt heel graag willen er een beetje uitgefilterd zijn.

SP1: Ja, dus je verwacht dat dat nu tijdelijk…

SP2: Ik verwacht dat dat nu tijdelijk iets is, ja, dat zeker. Maar je merkt het gewoon. En er zijn ook echt wel mensen, en dat zal… nou ja, echt niet iedereen zijn, maar er zijn er gewoon een aantal en die bellen gewoon twintig keer op een dag omdat ze niet hun zin krijgen.

SP1: Oh oh…

SP2: Ja, twintig keer is overdreven, maar er is iedere dag wel één of twee mensen die gewoon vier of vijf keer bellen. En dan zeggen ze "Ja, maar ik wil echt die coronatest. Ik weet dat ik geen risicogroep ben, maar ik wil een coronatest want ik word gepest door de buren en ik wil dat de dokter dat nu regelt."

SP1: Oh echt?

SP2: Ja, en dan ben ik misschien iemand van principes en dan zeg ik "Ja sorry, maar het is niet urgent, dus het mag ook morgen." Maar ja, omdat ik dat zeg bellen ze wel vijf keer. Waardoor je er uiteindelijk langer mee bezig bent dan wanneer je zou zeggen "Vooruit, ik regel die coronatest wel." Maar ik vind dat dan niet eerlijk voor de rest van de maatschappij, want iedereen die met haar zelfde klachten, 60 jaar, zonder risicogroep zijnde, geen mantelzorg en niet werkend in de zorg, heeft daar in principe nog geen recht op. Dus dan vind ik ook dat ik me daar aan moet houden en moet zeggen: dat is niet de bedoeling.

SP1: Maar nu gaat natuurlijk per 1 juni het testbeleid veranderen.

SP2: Ja, per 1 juni, en dat betekent dus niet per 17 mei.

SP1: Eens. Maar gaat dat… hiervoor zeg maar wat lucht geven? Gaan de mensen die nu bellen -

SP2: Nee, ik denk juist dat het meer werk gaat opleveren. Want ik denk namelijk dat er heel veel mensen zijn die misschien een snotneus hebben die nu nog niet bellen omdat ze wachten tot 1 juni.

SP1: Ja ja, dan krijg je weer een golf.

SP2: Want ik voorzie wel wie die test mag gaan regelen vanaf 1 juni, dat is namelijk de huisarts als eerste aanspreekpunt.

SP1: Ja, ik denk dat je daar gelijk in hebt, ja.

SP2: En er zijn nu al wel een paar mensen die dan denken "Ja, maar de huisarts kan voor mij wel een uitzondering maken, want de huisarts vindt mij heel lief." Ja, en dat is niet… hetgeen wat… zou moeten leiden.

SP1: Dat is niet het argument om het te doen, nee.

SP2: Nee precies. En ja, er zijn enkele mensen waarbij we een coronatest hebben uitgevoerd die strikt genomen niet aan alle eisen voldoet, maar ja, dat zijn dan mensen met wie je wekelijks contact hebt en die wel echt heel ziek zijn, waarbij je denkt, jemig man, je bent 26 en je bent zo ziek en je komt niet eens uit je stoel, dit is eigenlijk niet ok, ik moet wel weten of dit corona is, want anders moet ik eigenlijk gewoon verder zoeken of dat je niet een longembolie hebt of andere dingen hebt. Maar waarbij de zorg gewoon spaak loopt omdat

je dat niet goed kunt onderzoeken omdat de verdenking zo hoog is dat niemand ze wil helpen.

SP1: Nee precies. Ja.

SP2: Maar dan heb je een heel ander probleem, dat is niet “Ik wil het graag, want ik word gepest door de buren omdat ik misschien corona heb.” Ja, dat is vervelend, maar dat is iets waar heel Nederland last van heeft.

SP1: Ja. Maar dat is dan dat buren er heftig op reageren als mensen hoesten of…

SP2: Ja. Er zijn bepaalde straten in [plaats] waar buren overal briefjes ophangen dat nummer 56 bijvoorbeeld misschien corona heeft. Dus dat je daar bij uit de buurt moet blijven.

SP1: Dat meen je?

SP2: Ja. Ja, bijzonder eigenlijk hè, hoe mensen daar mee omgaan.

SP1: Wauw. Oh, dit heb ik echt nog niet eerder gehoord.

SP2: Ik heb natuurlijk een bias, want dat zijn de mensen die bij mij op het spreekuur komen. En er zijn ook heel veel mensen natuurlijk bij wie dat niet gebeurt. Maar ja, er zijn er wel ik denk een stuk of vier of vijf bij wie dit wel gebeurt.

SP1: Maar dit type gedrag dat is natuurlijk niet opgenomen in het testbeleid. Maar…

SP2: Nee.

SP1: … als ik dit zo hoor dan begrijp ik heel goed dat die mensen het bewijs willen hebben dat ze geen corona hebben.

SP2: Zeker. En ik had daar best in mee willen gaan, maar als je bij iemand staat met een hartinfarct en die mevrouw belt zes keer, dan… en je zegt zes keer “Het kan morgen” dan levert het dusdanig veel irritatie bij mij op dat ik eigenlijk denk: ja weet je, laat ook maar. Ik ga het zeker niet vandaag doen. Want kijk, die test is ook best wel een grote kans dat ie fout negatief is, dus ik wil dan toch iemand eerst serieus beoordelen. Ik ga niet blind op basis van “ik wil een coronatest” een coronatest meegeven omdat ze gepest worden. Ik vind dat ze wel gezien moet worden door een dokter, dat je haar klinisch moet beoordelen, dat je naar de longen moet luisteren, dat je moet bedenken wat het eventueel anders zou kunnen zijn, want misschien heeft die mevrouw wel een [niet verstaanbaar] 27.39 en dat ze daarom een beetje keelpijn heeft.

SP1: Ja precies, ja.

SP2: Dat… Dus nee, ik snap haar ook heel goed, maar ik vind gewoon dat mensen meer aandacht nodig hebben dan twee minuten even een coronatest uitschrijven.

SP1: Ja, het is geen oplossing voor alles waar we nu tegenaan lopen, nee, zeker niet.

SP2: Ja. Ik vind dat gewoon iedere klacht de behoefte heeft om serieus over na te denken en ook het recht heeft om er serieus over na te denken.

SP1: Nou en weet je, ik zou me denk ik ook niet lekker gaan voelen als ik buren had die me zo bejegenen terwijl ik eigenlijk de hele dag thuis moet blijven.

SP2: Ja, zeker.

SP1: Hè, dat is eigenlijk in zichzelf al een situatie die vrij ongezond klinkt.

SP2: Ja, zeker. Zeker. En ik vind dat dat alleen al op zich een consult behoefte, al dan niet met onze psycholoog.

SP1: Ja precies. Tsjonge. Ok, laten we even doorgaan, want ik vind het interessant, maar ik heb nog meer vragen en anders wordt het een heel lang gesprek. Denk je weleens na over de economische situatie in Nederland die ontstaat door de coronacrisis?

SP2: Ja. Daar denk ik zeker over na. Ik denk dat wij het heel goed hebben en dat ik veel baanzekerheid heb, dus ik maak me over mijn eigen situatie weinig zorgen. Maar ik denk wel dat er een grote categorie mensen is die hun baan kwijt is en daardoor nu een lager [niet verstaanbaar] 29.00 en daardoor op termijn meer gezondheidsgevolgen hiervan ervaart. En ik ben benieuwd wat er gaat gebeuren met de huizenprijzen straks, of die juist gaan dalen of dat het ervoor zorgt dat nog minder mensen een huis kunnen kopen omdat investeerders in het gat springen omdat mensen nu hun werk kwijt zijn. Want ik denk dat er… de kloof groter gaat worden.

SP1: De ongelijkheid tussen mensen?

SP2: Ja. Dat denk ik wel.

SP1: En dat is dan zowel op gezondheidsgebied als financieel gebied hoor ik je zeggen.

SP2: Ja. Dat denk ik wel. En ik vraag me af of de overheid berekend heeft hoeveel kwaliteit van levensjaren je met deze maatregelen zou winnen en wat die nou eigenlijk daadwerkelijk gekost hebben. Ik denk dat je meer dan 100-duizend euro hebt betaald per gewonnen levensjaar.

SP1: Ja, dat zou heel goed kunnen. Nee, dat hebben we zeker nog niet uitgerekend.

SP2: Nee, dat hebben we niet uitgerekend, maar ik denk wel dat we een discussie moeten gaan hebben over andere weesziektes waarvan we vinden dat het niet in het basispakket moet omdat we het te duur vinden, maar ondertussen als het onze eigen moeder betreft het heel graag er aan uit hebben gegeven zoals bij een coronacrisis. En ik snap dat het een crisis is, dus dat je best wat meer kan geven, maar ik denk wel dat we dan nu ook een discussie moeten gaan hebben, als alles voorbij is, over alle andere ziektes, dat we dat waard vinden. Want blijkbaar vinden we het meer waard.

SP1: Ja, in ieder geval ten tijde van crisis dan gelden natuurlijk andere wetten hè. Dat is…

SP2: Ja. Maar dat is toch best bijzonder. Als het je eigen moeder kan zijn, het een crisis is, en je dan vindt dat het iets anders waard is dan wanneer je dat niet meemaakt.

SP1: Ja, ja. Ok. En... welke invloed heeft het versoepelen van de maatregelen op je huishouden? Nou hebben we dat volgens mij al wel redelijk besproken...

SP2: Ja.

SP1: Misschien heb je nog een aanvulling?

SP2: Nee, ik denk het niet.

SP1: Ok, dan gaan we door. Even scannen hoor... Ja, uit het grote vragenlijstonderzoek bleek dat ruim de helft van de mensen die heeft deelgenomen minder beweegt sinds de eerste maatregelen half maart zijn afgekondigd. Kun je iets zeggen over hoeveel je zelf beweegt sinds half maart?

SP2: Ik ben sinds twee weken weer aan het hardlopen, dus ik ben juist nu wel bewust begonnen met iets meer bewegen. Maar ik heb zeker toen die crisis er net was veel minder bewogen, omdat ik minder fysieke visites reed op de fiets en meer aan het werk was. Dus zeker, ik heb daar ook last van gehad.

SP1: Ja, maar dat is eigenlijk al... terug aan het gaan naar hoe het was voor er maatregelen kwamen.

SP2: Ja, maar voordat de maatregelen kwamen was ik ook nog bezig met borstvoeding aan het geven, met kinderen bezig. Die borstvoeding is inmiddels ook afgebouwd, dus het stimuleert ook weer wat meer om na de bevalling weer een beetje aan de lijn te doen en weer een beetje meer te bewegen. Daar is ook weer wat meer tijd nu het kind van de borst is.

SP1: Ja. Is eigenlijk een... dat is een factor die onafhankelijk is van de maatregelen, maar die ook best wel veel invloed heeft.

SP2: Ja.

SP1: Ok. Nou hadden we het net even over dat in het bos je vrienden tegen bent gekomen, en dus ook weer even face-to-face sociaal contact hebt gehad. Vorige keer gaf je aan van "Nou, er zijn echt heel weinig mensen die ik nu zie", in de zin van... privé hè, want in het werk wel.

SP2: Ja.

SP1: Is er iets veranderd in hoe je daarover nadenkt? Ben je mensen meer gaan missen of ben je juist gewend geraakt dat je minder contacten hebt?

SP2: Ik ben er een beetje aan gewend geraakt, maar ik mis het wel heel erg. Maar ik zou denk ik toch ook weer niet terug willen naar de oude situatie, want ik merk toch dat ik ook wel heel erg geniet van de weekenden met de kinderen en juist even die rust.

SP1: Mm-hm.

SP2: En voorheen hadden wij gewoon gemiddeld drie, vier afspraken op een dag en waren eigenlijk gewoon de weekenden superdruk gepland. Dus ik merk ook wel dat ik die rust toch eigenlijk ook wel lekker vind.

SP1: Ja, dus het is dubbel. En als je dan zegt “ik mis het wel”, kun je aangeven wat het dan is dat je mist?

SP2: Ik denk het contact met andere mensen. en een beetje gelijkgezinden. En het borrelen op het terras en leuke dingen gaan doen met vrienden. We gingen weleens met vrienden naar een museum of naar een speeltuin met de kinderen. Naar… ja, dat soort dingen.

SP1: Ok. Dan wil ik naar het vierde onderdeel. Zeg ik dat goed… derde onderdeel. Over de toekomst. De regering heeft ook een routekaart gemaakt waarin staat hoe zij in stapjes eigenlijk de komende maanden maatregelen verder willen versoepelen. Wat vind je van de routekaart?

SP2: Ik moet je heel eerlijk bekennen dat ik hem niet heb bekeken. [Ben een beetje] corona-informatie-moe van de overheid.

SP1: Geen probleem, dat is ook een heel duidelijk antwoord. Nee, want dan hebben we de vragen over in hoeverre de aangekondigde stapjes duidelijk zijn en zo ook geen zin, want het is dan gewoon informatie die… langs je heen gaat.

SP2: Maar ik heb wel iets gehoord over per zoveel-juni de horeca weer open en… Dus ik heb wel die… die persconferenties gehoord, maar ik heb niet die routekaart heel duidelijk gelezen. Ik meen dat… 18 mei was nog een dingetje of zo, of 1 juni was in ieder geval ook een dingetje dat er weer dingen opengingen en september ook.

SP1: Ja, 1 juni is dat het testbeleid verandert. Het is ook dat de mondkapjes in het openbaar vervoer verplicht worden.

SP2: Ja.

SP1: Inderdaad is gesuggereerd dat misschien de horeca en dergelijke open kunnen, maar dat is nog een beetje in afwachting van een nieuw advies van het outbreak management team, maar dat testbeleid en die mondkapjes dat is eigenlijk al besloten door de regering. En dan heb je vervolgens per 1 juli en per 1 september dat ze zeg maar als stip op de horizon nog hebben gezegd dat bijvoorbeeld er meer bezoekers in een bioscoop mogen of… nou ja.

SP2: Ja precies.

SP1: Het gewoon… stapsgewijs, en ook heel erg… er wordt natuurlijk ondertussen continu gemonitord, van: zien we een opleving of niet? Dus het zou ook kunnen betekenen dat we weer een stapje terug moeten doen.

SP2: Ja, dat verwacht ik misschien ook wel, als ik soms het gedrag van sommige mensen zie.

SP1: Ja.

SP2: Ja.

SP1: Ok. En nu duurt de coronacrisis al even. Waar heb je nou het meeste behoefte aan?

SP2: Waar ik het meest behoefte aan heb… Vind ik een goeie vraag. Ik denk het… het menselijke contact. Met de kinderen naar het zwembad, leuke dingen doen, naar buiten. Ik denk dat dat wel hoog staat. Ik zou eigenlijk ook wel weer een keer op vakantie willen. Ja.

SP1: Ja. En… nu zijn er al wat… suggesties van eigenlijk moeten we deze zomer met z'n allen in Nederland blijven voor vakantie. Komt dat tegemoet aan die behoefte om weer eens op vakantie te gaan als het in Nederland is? Of heb je toch een ander beeld daarbij?

SP2: Nou, ik zou eigenlijk mijn zomervakantie nu hebben. Vanaf de laatste week van mei en de eerste twee weken van juni. Maar gezien de toegenomen zorgvraag hebben we dat uitgesteld. Dus waarschijnlijk gaan we in oktober. Dus we hebben wel één week vrij, maar we hebben het verplaatst in goed overleg om te voldoen, want er komt ook… er gaat ook een collega weg en er komt ook een nieuwe collega die ingewerkt moet worden, dus het is nu helemaal geen handig moment om drie weken vrij te zijn.

SP1: Nee. Nee en dat is ook dan wel echt een gevolg van de toegenomen werkdruk.

SP2: Ja. En dat kan ook prima, want wij zitten nog niet vast aan schoolvakanties en mijn man kan flexibel zijn vakantie plannen. Dus ik… de komende zomer zijn wij denk ik vooral aan het werk. En dan gaan we in oktober misschien op vakantie in Nederland als het wat rustiger is ook. En dat is misschien fijn, want dan kunnen we misschien ook weer gaan zwemmen en naar musea toe terwijl het semi-rustig is en niet in de zomervakantie.

SP1: Ja precies. Ja.

SP2: Want op zich in Nederland op vakantie vinden we prima. We gaan vaker een weekje weg binnen Nederland.

SP1: Ok.

SP2: Alleen we hadden er zo naar uitgekeken om een keertje drie weken echt ver te gaan. Nu hebben we gedurende de zwangerschap en de bevalling en de… babytijd van onze zoon niet echt gedaan, terwijl we dat voorheen wel altijd deden. Maar omdat hij niet zo in goede gezondheid was, ja, hebben we dat steeds niet gedaan. En we hadden juist nu besloten om het wel te doen. Dus als je vraagt wat mis je, dan is dat iets wat we al zes jaar niet hebben gedaan en dit gewoon ongelukkig samenvalt.

SP1: Dat is een domper dat dat dan nu zo uitkomt, ja. ja, begrijp ik. Ja, en wie weet in oktober, maar ja, dat is natuurlijk een beetje koffiedik kijken hoe…

SP2: Ja. En je maakt ook niet zo snel even een vlucht naar Nepal of China of Chili in… en dat besluit je niet in vier weken tijd.

SP1: Nee. Nee. Ja, dus dat is ook gewoon een flinke wending tussen niet alleen wanneer de vakantie valt, maar ook hoe de vakantie wordt ingevuld. Ja.

SP2: Ja. En we zouden ook gaan trouwen ergens een keer, maar dat hebben we nu ook maar op de lange baan geschoven. Dus het heeft op zich nog best invloed hierin.

SP1: Ja. Want trouwen zonder mensen erbij is dan niet hoe het… bedoeld was.

SP2: Nee, dat is voor ons geen optie.

SP1: Nee precies, het gaat ook echt om de bruiloft en…

SP2: Ja. Want we hebben ook kinderen, want meer verbonden dan dit kunnen we niet zijn.

SP1: Nee, nee. Ja, dus dat is dan ook iets van ja, wanneer zou dat dan wel passen.

SP2: Ja. En [het moet toch ooit] zo worden als dat het ooit was.

SP1: Ja. Ja, daar heb ik eigenlijk nog helemaal niet over nagedacht, maar anderhalvemeterbruiloften dat…

SP2: Is een hele andere [niet verstaanbaar] 40.35

SP1: Ja, dat denk ik ook, ja. Ja, ok. Nou, een beetje een ander onderwerp, maar per 1 juni wordt het dus verplicht om mondkapjes te dragen in het openbaar vervoer. Wat vind je daarvan?

SP2: Ik snap dat wel.

SP1: Ok.

SP2: Want het werkt… het is een schijnveiligheid voor jezelf als je zelf geen klachten hebt, voor bescherming tegen anderen, dat geloof ik wel. Maar ik geloof wel dat het wel helpt voor mensen die stiekem toch met een beetje neusverkoudheid naar buiten gaan, om dat eerste snot op te vangen. Waardoor mensen toch minder met hun handen aan hun gezicht zitten en er minder snot op alle deuren komt van alle… weet ik veel wat je niet allemaal aanraakt in het OV. Maar ik denk ook wel, er is ook wel een categorie mensen die dat mondkapje niet goed draagt. Je ziet genoeg mensen op tv die dan zeggen “Oh, ik draag een mondkapje”, en dan dat mondkapje onder hun neus hebben zitten. En dan denk ik ja, maar dat is niet het idee… het idee van dat apparaat.

SP1: Nee, dus qua naleving zou er misschien nog wel wat… ja, hoe zeg je dat, informatie verstrekt kunnen worden over hoe dan.

SP2: Ja. Dat denk ik wel. Maar ik ben benieuwd hoe dat straks gaat als iedereen aan het werk gaat. Ik had het er natuurlijk toevallig gister over met een collega, want ik weet niet of je ooit in de trein van [plaats] naar [plaats] hebt gezeten of van [plaats] naar [plaats] -

SP1: Mm-hm, zeker.

SP2: Maar ik vraag me af hoe ze dit gaan doen. Want die enorme patiëntenstroom… of patiëntenstroom; mensenstroom, dat paste voorheen al niet in een trein, laat staan hoe dat nu gaat passen in een trein. En het paste

voorheen al niet op de weg met de auto's, laat staan dat het nu gaat passen op de weg met iedereen in een auto. Dus ik ben heel benieuwd of dat er straks in plaats van vier keer per uur twintig keer per uur een trein gaat, hoe de NS dit gaat oplossen.

SP1: Ja, een van de suggesties die ik hoorde, en dat kan dus de NS niet zelf oplossen, maar is dat thuiswerken veel meer standaard wordt. En dan misschien niet zo extreem als nu, dat mensen echt al hun werk vanuit huis doen, maar wel dat bij heel veel banen dus bij wijze van spreken de helft of twee derde van de tijd wordt thuisgewerkt. Want dat schijnt ook inderdaad het fileprobleem in een keer op te lossen. En dan hoeven we -

SP2: Ja, maar ik ben benieuwd of dat werkt voor mensen.

SP1: Ja…

SP2: Want als je kijkt naar waar mensen gelukkig van worden dan is er ook een stukje arbeidsgeluk juist op kantoor. Omdat je wordt gedwongen in structuur, ritme, regelmaat.

SP1: Ja. Nou, en een van de dingen die nu uit ons… het is weliswaar een lopend onderzoek, maar we hebben natuurlijk al tussentijdse resultaten, en het valt heel erg op dat iedereen eigenlijk benoemt hoe zwaar het is om weinig mensen te zien.

SP2: Ja. Maar dat is het ook.

SP1: En weet je, het pakt natuurlijk verschillend uit hè, afhankelijk van of mensen alleen wonen of een baan hadden waarin ze heel veel contact hadden of een baan hadden waarin ze sowieso heel weinig mensen tegenkwamen. Weet je, dus de verschillen tussen mensen zijn groot, maar eigenlijk benoemt iedereen dat dit zwaar is.

SP2: Ja. Ik kan me daar ook best wat bij voorstellen. Maar ook als je kijkt, want ik weet niet of daar onderzoeken over zijn. Er zijn vast onderzoeken over, dat als mensen ziek thuis zitten met bijvoorbeeld een gebroken been en dan thuis aan het werk zie, je dat mensen ook een grotere kans hebben volgens mij op depressie en meer sociaal isolement. En dat zal vast komen door het gebroken been, maar je ziet ook met betrekking tot het arbeidsgeluk, of dat zei een bedrijfsarts ooit, dat je ook ziet dat mensen minder productief worden en minder gelukkig worden omdat ze thuis moeten werken.

SP1: Ja. Ik denk wel dat daar dus een groot verschil zit tussen of jij die ene bent die thuiswerkt en de rest gaat wel naar kantoor, of dat de norm wordt dat veel meer op afstand gebeurt. Want ik werk nu volledig thuis en het valt me wel heel erg op dat… en mijn collega's ook, dat wij ook gewoon soms nog even na een overleg met een groepje mensen, een-op-een bellen om ook nog even te vragen van "Joh, gaat het wel goed met je? Want je was zo stil." Dus dat er nieuwe vormen komen om ook sociaal contact vorm te geven. Maar wij zitten nu allemaal thuis, dus dan ga je allemaal op zoek naar nieuwe vormen en ik denk dat daar een groot verschil zit.

SP2: Ja, daar heb je ook wel gelijk in.

SP1: Maar ja, het gaat niet vanzelf hoor, ik bedoel we hebben natuurlijk helemaal niet kunnen voorbereiden… hoe dat moet, thuiswerken. Dus het is… ja…

SP2: Ja, en ik kan me daar ook wel wat bij voorstellen. Ik ben ook wel benieuwd hoe dat voor veel mensen is met werk-privébalans. Dat ze dan niet stiekem toch eerder beginnen met werken of 's avonds nog hun werk goed naast zich neer kunnen leggen.

SP1: Ja. Nou ja, dat is natuurlijk al langer een moeilijk thema hè voor mensen, om dat gewoon… ook als je wel naar kantoor gaat heb je nog steeds een laptop en een smartphone en dat soort dingen. Maar…

SP2: Ja, maar je kunt misschien makkelijker besluiten om je laptop op kantoor te laten dan wanneer je huis je kantoor is.

SP1: Ja. Ja, precies wanneer het gewoon allemaal klaarstaat.

SP2: Ja, de drempel lijkt me lager in ieder geval om toch nog wat te doen.

SP1: Ja. He, ik heb voor vandaag als laatste nog een paar vragen over de communicatie van de overheid.

SP2: Oh ja, sorry.

SP1: We dwalen af. Wat is je mening over hoe de communicatie gaat over de maatregelen in Nederland?

SP2: Nou, dat is op zich denk ik wel heel duidelijk. Iedere dinsdag is er een persconferentie van Rutte, tenzij dinsdag een vrije dag is, dan is het woensdag, of tenzij maandag een vrije dag is, dan is het ook woensdag, volgens mij. Dus het is wel heel duidelijk dat er een vast moment is en dan gaat iemand vertellen over hoe het gaat. En dan gaat er of wat veranderen of niet, en dat lees je dan op nu.nl.

SP1: Ja, en welke dingen verwacht je te horen van de overheid wanneer zij mensen informeert over de situatie rondom het coronavirus?

SP2: Hoe bedoel je dat te vragen?

SP1: Hm?

SP2: Wanneer verwacht ik wat te horen?

SP1: Nee, welke informatie verwacht je te horen van de overheid?

SP2: Nou, ik verwacht te horen hoe het gaat en ik… wat ze ermee willen doen en wat ze… ja… ik denk dat het ook aan de overheid is om te bepalen wat ze erover kwijtkunnen.

SP1: Ja.

SP2: Want we hebben met zijn allen gestemd en ik heb het volste vertrouwen in deze overheid, ze door… er een soort van in ieder geval over nadenken. En als er dingen zijn die ze niet vertellen dan zullen ze daar vast een gele goeie reden over hebben in het belang van de volksgezondheid.

SP1: Ja. Dus eigenlijk heb je gewoon groot vertrouwen in dat de informatie die je nodig hebt dat die wel wordt gedeeld.

SP2: Ja nou ja, er zijn ook dingen waarvan ik het er niet mee eens ben, en dat mag denk ik ook, maar zij zijn… ik ben daar uiteindelijk, onder aan de streep ben ik er niet voor opgeleid om dit soort beslissingen te maken en dit te kunnen overzien. En ik hoop dat zij dat wel zijn en ik hoop dat ze daar ook goeie beslissingen in maken. En dat achteraf ook blijkt dat het goeie beslissingen waren, alhoewel bij sommige dingen denk ik: ik weet niet of dit wel zo slim is.

SP1: Kun je daar een voorbeeld van noemen?

SP2: Nou, ze komen nu pas met die mondkapjes in het openbaar vervoer. Ik denk dat dat best eerder had gekund. En ze zijn vrij traag op gang gekomen met de maatregelen van… de lockdown, en ze zijn vrij traag op gang gekomen denk ik met het testen en de GGD. Ik denk dat de overheid daar wel iets meer in had kunnen doen. En ze zijn vrij traag geweest met opkopen van persoonlijke beschermingsmiddelen, terwijl je dat best had kunnen voorzien. Sterker nog, ze hebben allerlei persoonlijke beschermingsmiddelen in januari weggegeven aan China, zal vast een politieke keuze zijn geweest. Maar ja, ik denk als je er op dat moment heel even bij stil had gestaan dat je best had kunnen bedenken dat het niet slim is.

SP1: Ja.

SP2: Dus er zijn wel dingen waarbij ik denk: dit is misschien niet heel handig. Maar kijk, ik overzie niet wat hun relatie met China vervolgens doet omdat ze deze keuze hebben gemaakt. Dus ik besef me heel goed dat ik er wel over kan klagen en dingen anders kan vinden, maar ik heb niet de overige informatie waarom ze deze afweging hebben gemaakt.

SP1: Nee precies, ja. Ok, duidelijk. En mijn laatste vraag is of je hebt gehoord over complottheorieën.

SP2: Ja, die zijn er altijd. Maar ik heb ze niet bewust gezocht. En wij maken daar thuis wel zeker grappen over, ook met vrienden als we een Zoom-overleg hebben, dat we niet snappen dat de complottheorie-mensen de 5G in brand steken, want met 5G kun je nog sneller complottheorieën verspreiden, dat zou toch iets moten zijn wat ze aanspreekt.

SP1: Ja.

SP2: En… maar ja, nee, die zijn er altijd. En er zullen vast complottheorieën zijn dat China dit met opzet heeft gedaan. En… ja… verzin iets. Er is vast ook een mooie complottheorie over Trump, dat hij zoiets bedacht heeft om zo de werkloosheid naar beneden te krijgen. Ik weet het niet. Ik ben er… ik heb me er niet op ingelezen. En ik ben ze ook niet tegengekomen. Maar je kunt ze vast zo verzinnen.

SP1: Ja. Ja, de… opties die je noemt daar zijn allemaal complottheorieën over. Dat in een laboratorium in China dit virus gekweekt zou zijn, dat soort dingen. Dat… ja. Maar goed, ok, duidelijk. Maar dat laat je dus eigenlijk een beetje links liggen, hooguit voor grapjes hier en daar.

SP2: En ik denk dat er over een halfjaar als er een vaccinatie is een complottheorie komt dat de fabrikant dat heeft gedaan om geld te verdienen om zo'n vaccinatie te verkopen. Want zo'n complottheorie is er ook altijd.

SP1: Ja. Ach ja. Dat was mijn laatste vraag voor vandaag. Heb jij nog vragen of opmerkingen?

SP2: Nee hoor.

SP1: Nou, dan... ga ik de opname even stopzetten.

287666

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Microbiologische risico's vanuit dieren en milieu, 2020

VOORTGANGSRAPPORTAGE
Nummer: Z&O/2021-0017
Datum: 15 februari 2021

Colofon

Auteurs: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)

Contactadres: RIVM
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven

Opdrachtgever: Ministerie van VWS
Opdrachtnummer: CIb-05
Titel opdracht: Risico's vanuit dieren en milieu, 2020
Opdrachtcoördinator: (10)(2e)
RIVM-projectnummer: V/150005

Binnen CIb-project 'Microbiologische risico's vanuit dieren en milieu' worden verschillende generieke activiteiten uitgevoerd in het kader van preventie, signalering, onderzoek en bestrijding van humane infectierisico's vanuit dieren, vectoren en milieu. De problematiek van infectieziekten afkomstig uit niet-humane reservoirs vraagt om een One Health aanpak; het CIb werkt op dit gebied dan ook nauw samen met een breed scala aan kennispartners uit het humane domein en verschillende niet-humane werkvelden (veterinair/ alimentair/ milieu/ natuur). Deze samenwerking vormt onder meer de basis van de nationale zoönosenstructuur voor signalering en bestrijding van (opduikende) zoönosen onder regie van het CIb. Op basis van signalering, onderzoek en risicoschatting vindt advisering plaats van de ministeries, professionals en de maatschappij. Hieronder volgt een samenvatting van de activiteiten die in 2020 in het kader van dit project zijn uitgevoerd.

Signaleringsoverleg zoönosen
In het kader van dit project heeft de coördinatie en uitvoering van het signaleringsoverleg zoönosen (SO-Z) plaatsgevonden. Maandelijks is een overzicht van zoönosensignalen toegezonden aan professionals in het veterinaire en humane domein waaronder VWS. Binnen de zoönosestructuur kan er opgeschaald worden, o.a. na beoordeling van het risico door het SOZ. Dit jaar is er een Responsteam Zoonosen (RT-Z) geweest n.a.v. een psittacose-verheffing en een n.a.v. de vondst van Westnijlvirus (WNV); deze zijn georganiseerd door de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI). Daarnaast zijn er diverse overleggen geweest n.a.v. COVID-19 en dieren (honden, katten, konijnen en nertsen). Het betreft afstemmingsoverleggen zoönosen (AO-Z), RT-Z, deskundigenberaden zoönosen (DB-Z) en voor het eerste sinds de oprichting van de zoonosestructuur in 2011 outbreak management teams zoönosen (OMT-Z). Verder zijn er in 2020 een drietal vetinf@ct berichten verstuurd, alle in relatie tot COVID-19.
In 2020 is met LCI overlegd over de toevoeging van een afstemmingsoverleg zoönosen (AO-Z) aan de zoönosenstructuur en hoe dit te organiseren. Dit naar aanleiding van casussen, die zich eerder hebben voorgedaan. Hoewel dit traject door COVID-19 nog niet binnen het RIVM is afgerond is in 2020 al een aantal keer een AO-Z georganiseerd. In overleg met VWS en LNV zal worden besproken of het toevoegen van AO-Z aan de zoönosenstructuur van toegevoegde waarde is en zo ja, dan kan dit leiden tot een aanpassing van de zoönosenstructuur. Ook is i.s.m. LCI in 2019 een projectvoorstel uitgewerkt voor ontwikkeling van een algoritme om tot een gestructureerde risk assessment van

zoönotische signalen te komen. Dit project zal door COVID-19 pas in 2021 worden uitgevoerd door LCI en Z&O.

EmZoo-lijst
In 2019 is begonnen om de pathogenen op de EZIPs-website te analyseren en aan te passen. Denk hierbij aan pathogenen die ook in 'nieuwe' diersoorten zijn gevonden of pathogenen die nu in Nederland voorkomen en voorheen nog niet waren aangetoond. Hiervoor is onder meer gebruik gemaakt van de informatie verzameld in de update van 2015. Dit is een meerjarig proces, waarbij ieder jaar een deel van pathogenen zal worden bekeken. In 2020 heeft deze activiteit echter niet plaatsgevonden vanwege herprioritering van taken i.h.k.v. de COVID-19-pandemie. Tevens is dit jaar een rapport opgeleverd over diagnostiek en surveillance van EmZoo pathogenen (Z&O-2020-0106)

Participatie in nationale commissies
Ten behoeve van de CIb-regierol in de bestrijding van zoönosen en de afstemming met relevante kennispartners is door medewerkers van het Centrum Zoönosen en Omgevingsmicrobiologie in 2020 geparticipeerd in de volgende commissies:
- de begeleidingscommissie van het Centrum Monitoring Vectoren van de NVWA (dr. (10)(2e) ,
- de begeleidingscommissie van het Dutch Wildlife Health Centre (DWHC) van de Universiteit Utrecht (dr. (10)(2e) ,
- het bestuur van de Dutch Society of Wildlife Health (dr. (10)(2e) ,
- Begeleidingscommissie van het project 'Blootstelling aan rodenticiden van niet-doelwit soorten in Nederland' van CLM Onderzoek en Advies (dr. (10)(2e) (10)(2e))
- de begeleidingscommissie 'Paard en gezondheid' van de sectorraad Paard (dr. (10)(2e)),
- de werkgroep Veehouderij en Gezondheid van het Centrum Gezondheid en Milieu van de GGD'en (dr. (10)(2e) ,
- Kennisplatform Veehouderij en Gezondheid,strategie en expertwerkgroepen ((10)(2e) .
- de Adviescommissie WOT01 besmettelijke dierziekten (dr (10)(2e) (10)(2e))
- de Executive Board van het Netherlands Centre for One Health (dr. (10)(2e) (10)(2e)).
- Maandelijks overleg zoonosen met LNV-VWS-NVWA ((10)(2e) (10)(2e))
- Lid van de Dierexperimentencommissie (DEC) mbt veldwerk (dr. (10)(2e) (10)(2e)

Knaagdier- en wild-overdraagbare zoönosen
In oktober 2019 is een AiO gestart met als onderzoeksonderwerp "Developing evidence-based surveillance for emerging rat-borne zoonoses in changing environments". Deze AiO wordt deels gefinancierd door OHEJP en in het onderzoek wordt samengewerkt met het WBVR, de

WUR, de Faculteit Diergeneeskunde en het Duitse FLI. In voorbereiding op de veldstudie van de AiO zijn gesprekken gevoerd met medewerkers van verschillende gemeentes in Nederland om inzicht te verkrijgen in de aanwezige vragen en problemen op het gebied van vergroening en ratten. Daarnaast is met experts van o.a. de WUR, UvA en RIVM gesproken om dit nog verder uit te werken.
De AiO heeft van mei tot en met oktober veldwerk uitgevoerd in Amsterdam en Eindhoven en heeft hierbij ook steeds regelmatig overleg gehad met medewerkers van deze steden.

Biobanken faciliteren het zo optimaal mogelijk gebruiken van samples, doordat ook in de toekomst retrospectief onderzoek kan worden gedaan, zowel door het RIVM als andere instituten. Binnen dit project valt het beheer van de knaagdierenbiobank (o.a. rosse woelmuizen, veldmuizen, bruine en zwarte ratten) en de wildlife-biobank (vossen, wasbeerhonden). In het verleden is al meerdere keren gebruikt gemaakt van de biobanken om samples te delen met (buitenlandse) collega's voor retrospectieve analyses.

Alternerend met het DWHC verzorgt het RIVM een lesmiddag voor de opleiding voor muskus- en beverrattenbestrijders over het risico van zoönosen tijdens het werk. Deze lesmiddag is in verband met SARS-CoV-2 uitgevallen, maar er zijn plannen de lesmiddag nu digitaal te geven. De lesdag (nascholing) ism Gassner Biologisch Risico Advies die voor de Unie van Waterschappen was opgezet, is door te weinig aanmeldingen niet doorgegaan.
Verder is in het kader van wildoverdraagbare zoönosen contact geweest met lokale media over onderzoeksresultaten en zijn ad hoc vragen beantwoord van burgers (vaak over hun persoonlijke gezondheidsrisico). Op het gebied van internationale samenwerking wordt ook actief deelgenomen aan de Wildlist (een e-mailgroep), een initiatief van de European Wildlife Disease Association (EWDA) om wildlifespecialisten met elkaar in contact te brengen waarbij makkelijk en snel kennis en signalen kunnen worden gedeeld.

Voor een overzicht van advisering en nieuw verworven kennis op het gebied van knaagdier- en wild-overdraagbare zoönosen verwijs ik u naar de rapportage 'Surveillance van vectoren, wild- en vector-overdraagbare aandoeningen' die in het kader het RIVM-themaproject Wild- en vectoroverdraagbare Zoönosen (CIb 012) separaat aan u wordt uitgebracht. Daarin is ook een overzicht opgenomen van contacten met publiek, professionals en media, en van participatie in nationale netwerken in het kader van knaag- en plaagdieren.

Vector-overdraagbare infectieziekten
De surveillance van teken en teken-overdraagbare ziekten vergt een One Health aanpak en samenwerking met (inter)nationale partners. Sinds 2019 is Z&O consortiumleider van het prestigieuze VectorNet van de EFSA/ECDC. De verspreidingskaarten van teken (7 soorten), knutten (10 soorten), zandvliegen (12), invasieve (9) en inheemse (20) muggensoorten worden op Europees niveau actueel gehouden. Ook worden er webinars georganiseerd om de (basis)kennis van

vector(monitoring) te verspreiden. Er verschijnen regelmatig (technische) rapporten en adviezen van VectorNet op de ECDC en of EFSA website. Na goedkeuring van EFSA/ECDC worden deze stukken direct gedeeld met VWS en andere partners. In 2020 zijn de internationale (technische) adviezen over TBEV incidentie en WNV zeer nuttig gebleken voor het CIb zelf. Eén van de belangrijkste knelpunten van de surveillance van teken en teken-overdraagbare ziekten is de (advisering over) de implementatie van de bestrijding van teken(beten). Interventie is maatwerk en vraagt nauwe samenwerking met regionale en lokale partners. Z&O geeft daarom regelmatig voorlichting en is betrokken bij verschillende regionale en lokale initiatieven om de risico's uit de groene leefomgeving te duiden en over preventiemaatregelen te adviseren. Z&O investeert in domein overschrijdende overleggen, initiatieven en probeert financiering te vinden voor toegepast onderzoek. Diverse (inter)nationale projectvoorstellen worden regelmatig ingediend. Drie zijn gehonoreerd, namelijk WATCHUR (SPR-RIVM), BURGERPARTICIPATIE (SPR-RIVM) en North-TICK (NSR-InterReg).North-TICK versterkt de internationale samenwerking op de verbetering van de surveillance van teken en tekenoverdraagbare aandoeningen. Z&O beheert moleculair-epidemiologische databases van onder andere *Borrelia burgdorferi sl* en *Anaplasma phagocytophilum* en is daardoor een onmisbare partner bij diverse (inter)nationale projecten aan deze twee door teken overdraagbare pathogenen. In de afgelopen jaren zijn deze databases uitgebreid en zijn twee nieuwe databases opgezet: Voor *Bartonella* spp. en voor *Babesia*. In een pilot (met *Rickettsia helvetica*) wordt onderzocht of in de toekomst databases met Whole Genoom sequenties kunnen worden opgezet en gedeeld.

Veegerelateerde infectieziekten
Naar aanleiding van de bevindingen in het project Veehouderij en Gezondheid Omwonenden (VGO) en met name de verhoogde kans op longontsteking voor omwonenden in een zone van 1-2 km rond geitenbedrijven en 1-1,5 km rond pluimveebedrijven, zijn in 2018 een aantal nieuwe studies gestart in het VGO-gebied en andere regio's (Overijssel, Gelderland en Utrecht) om te onderzoeken of de in het VGO-programma gevonden relaties nog steeds aanwezig zijn in latere jaren (2014-2016). In november2019 is hierover gerapporteerd voor Utrecht, Overijssel en Gelderland. De aanbieding aan de Tweede Kamer is in overleg met VWS en LNV uitgesteld tot april 2020. Aanleiding was een presentatie met kritiek op VGO-3 van de GD. Hierna is veel overleg geweest met de GD, een externe review uitgevoerd en aangeboden aan VWS en veel overleg geweest met de ministeries door de programmaleider (J.W.B. van der Giessen), dat uiteindelijk heeft geresulteerd in afspraken met de GD over samenwerking als subcontractor en geen communicatie over VGO-3 door de GD. In 2019 zijn de vervolgstudies (VGO-3) bij patiënten, geitenhouders en geitenbedrijven gestart met aanvragen voor METC en afspraken met huisartsen. Dit onderzoek zou in maart 2020 werkelijk van start gaan met inclusie van patienten, geitenhouders en de controlegroep, maar is door de COVID-19 pandemie ernstig vertraagd. Hierdoor zal het project niet voor eind 2022 resultaten kunnen opleveren. . Er vindt afstemming plaats via de programmaleider VGO-3 tussen het lopende VGO-3 onderzoek, het nieuwe SPR-programma over intensieve veehouderij, het

kennisplatform veehouderij en de landelijke werkgroep Veehouderij en Gezondheid van het Centrum Gezondheid en Milieu van de GGD'en.

In 2020 zijn de resultaten van het Cryptosporidium onderzoek bij paarden in opdracht van VWS-PG gepresenteerd voor de werkgroep gezondheid paard. Gezien de ontwikkelingen met betrekking tot West Nijl virus in Nederland en de rol van paarden, is er ook vanuit deze discipline deelgenomen aan de projectgroep en RT-Z over WNV.

In 2020 zijn twee presentaties gegeven voor de online webinars van het Kennisplatform Veehouderij en Gezondheid. In juni over 'emerging zoonoses' en VGO-3 en in november over kringlooplandbouw en de rol van RIVM. Ook is er actief deelgenomen in de bijeenkomsten van de werkgroep veehouderij van de GGDen en de strategie werkgroep als voorbereiding op activiteiten en het jaarplan van het Kennisplatform. In 2020 is het kennisbericht zoönosen voor het kennisplatform geschreven en gepubliceerd op de website.

Milieu-overdraagbare infectieziekten
Er heeft ad hoc advisering plaatsgevonden t.a.v. milieu-overdraagbare infectieziekten, bijvoorbeeld inzake gezondheidsrisico's door blootstelling aan micro-organismen in bepaalde milieucompartimenten.

Zoönosen-symposium
Het jaarlijkse zoönosensymposium zou dit jaar in het teken van internationale samenwerking staan, met name de samenwerking met WHO, OIE en FAO. Door COVID-19 werd de fysieke bijeenkomst aangepast naar een virtuele bijeenkomst. Echter, op het laatste moment moest het symposium alsnog geannuleerd worden omdat 2 van de 3 sprekers door dringende crisisverplichtingen in zowel COVID-19 (humaan en nertsen) als HPAI niet of slechts deels aanwezig zijn. Het voornemen is om in het voorjaar 2021 het symposium alsnog te houden.

Regio-advisering
Dit jaar is er samengewerkt aan een kennisdomein-overstijgend ontwikkelprogramma voor regionaal werken door het RIVM. Middels deelname wordt beoordeeld of de huidige en bestaande regionale structuren vanuit infectieziekten niet worden doorkruist.
Er vindt daarvoor ook een CIB brede communicatie plaats. Daarnaast participeren we actief in regionale inhoudelijke thema's die vanuit het ontwikkelprogramma zijn opgezet. De thema's zijn onder andere circulaire economie, vitaal platteland, gezond stedelijk leven, klimaat en gezondheid, gezonde leefomgeving. Dit houdt in dat specifieke infectieziekten kennis voor deze thema's door ons wordt ingebracht. Als laatst is er gewerkt aan een rapport Leefomgeving en Infectieziekten waarin ook een onderdeel aan regio-advisering is opgenomen.

287667

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

agenda

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 (10)(2e)
F 030 (10)(2e)
[redacted]@rivm.nl

Onderwerp	**Agenda Taskforce DOBC**
Vergaderdatum en -tijd	Maandag 18 mei 2020 14.00-15.00 uur
Vergaderplaats	GoToMeeting-teleconferentie
Voorzitter	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

1. Welkom door voorzitter (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) **10 min**
- Korte introductie leden
- Waarom een Taskforce DOBC?
- Doel 1e bijeenkomst: advies uitbrengen aan VWS
- over PvE tracing app

2. Discussie Programma van Eisen 1 | Tracing App **45 min**
- Korte samenvatting van PvE 1
- Korte terugkoppeling Taskforce Gedrag door Prof. dr. (10)(2e) (10)(2e) - (10)(2e)
- Op hoofdlijnen doorlopen van PvE:
  - Missende elementen?
  - Haalbaarheid?
  - Alternatieven?
  - Huidige wetenschappelijke inzichten?
  - Pilot, implementatietraject, monitoring en evaluatie?
- Formulering advies

3. Overige zaken **5 min**
- Openbaarheid ledenlijst Taskforce DOBC op website VWS
- Liaison Taskforce DOBC in Den Haag voor Bouwteam VWS

Bijlagen:
1. Concept Programma van Eisen Oplossing 1 (volgt)
2. (Voorlopige) organisatiestructuur rondom digitale ondersteuning BCO
3. App scoping review door Thorneloe en collega's

To: (10)(2e) [(10)(2e) @pbl.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/20/2020 7:53:27 AM
Subject: RE: Adviesvraag Minister OV-gebruik
Received: Wed 5/20/2020 7:53:28 AM

Goedemorgen (10)(2e)
Dank voor je reactie. Goed idee om de maatregelenlijst en resultaten breed te delen. Zo blijven we allemaal op de hoogte.
Je vraag over het fietsen is hier uitgezet.
Na het OMT van afgelopen vrijdag is het standpunt over aerogene verspreiding bij de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)-richtlijn gepubliceerd, te vinden via deze link:
https://lci.rivm.nl/aerogene-verspreiding-sars-cov-2-en-ventilatiesystemen-onderbouwing
Een belangrijke algemene conclusie is:
"We stellen dat op basis van de huidige inzichten niet is aangetoond dat aerogene transmissie een rol speelt in de verspreiding van SARS-CoV-2. Verschillende studies gebaseerd op epidemiologisch, virologisch en modelleringsonderzoeken waaruit deze inzichten naar voren komen, worden hieronder beschreven."
Er wordt intussen verder onderzocht of in bijzondere situaties aerogene verspreiding wel een rol speelt. Hier is echter nog geen uitspraak over te doen op dit moment.
Deze week zullen hier geen adviezen over volgen, mogelijk weten we volgende weken meer. Er is dus nog geen specifiek antwoord te geven op de vraag over fietsen.
Groeten,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

National Institute for Public Health & the Environment (RIVM)
Department of Health Economics
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
+31 (0)6 (10)(2e)

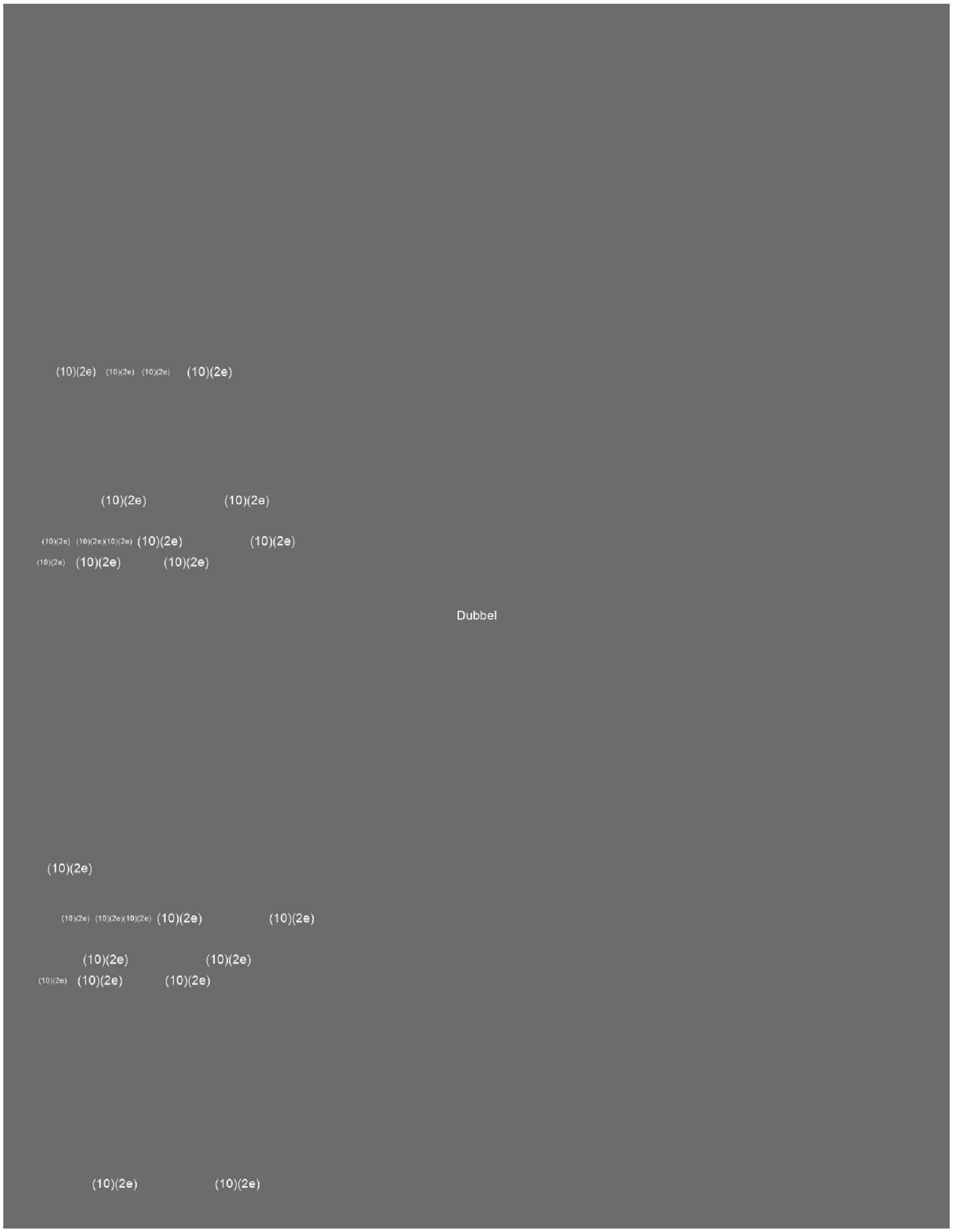
From: (10)(2e)
Sent: dinsdag 19 mei 2020 13:54
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Cc: (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e)
Subject: Re: Adviesvraag Minister OV-gebruik

Dag (10)(2e)
Dank voor je antwoord en je inhoudelijke suggesties! Die nemen we graag mee.
Het wordt dan een notitie van de drie planbureaus m.m.v. het RIVM. Dat is prima. Het zou fijn zijn als we morgen nog even de definitieve maatregelenlijst met jullie kunnen delen en in de loop van volgende week onze conceptresultaten. Dat doen we ook met de SER en IenW.
Nu alvast één inhoudelijk punt: als veel mensen uitwijken naar de fiets (wat om diverse redenen wenselijk is!) wordt het op de fietspaden dus drukker. Pre-corona was het in de spits op sommige routes in de stad onmogelijk op om de fiets 1,5m afstand te houden van je medefietsers. Hoe gaat dat nu, als allerlei maatregelen versoepeld worden maar stedelijk ov minder toegankelijk blijft? Eerder iemand horen zeggen dat op de fiets eigenlijk meer dan 1,5m wenselijk is. Kunnen jullie hier iets over opmerken?
Groeten,
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

Dubbel


(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Dubbel
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) @ggdghor.nl[(10)(2e) @ggdghor.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) | The Notepad Factory[(10)(2e) @notepad-factory.com]
From: (10)(2e) | The Notepad Factory
Sent: Wed 5/6/2020 10:41:27 AM
Subject: Dagboek contactpersonen COVID19
Received: Wed 5/6/2020 10:41:39 AM
Tagebuch_Kontaktpersonen (1).docx
Tagebuch-fuer-Kontaktpersonen.pdf

Geachte heer (10)(2e) Geachte mevrouw (10)(2e)
Onderstaande mail stuurden wij op 23 april jl naar de heer (10)(2e) van het RIVM (lid OMT – focus communicatie).
Het kan zijn dat dit niet de best passende contactpersoon is voor ons bericht.
Wellicht zijn wij bij GGD Nederland/Kernteam Gedragswetenschappelijk Onderzoek aan het juiste adres. Is er ook in Nederland interesse in een standaard papieren versie van de ontwikkeling zijnde app?
Wanneer u vragen of opmerkingen heeft en/of informatie met betrekking tot de hierover te benaderen contactpersoon lezen wij dat graag.
Bij voorbaat hartelijk dank!
Met vriendelijke groet,
(10)(2e)
T. +31 (0) (10)(2e)

Van Den Ende BV – The Notepad Factory
Leading European Notepad Manufacturers

Galliërsweg 1
NL-5349 AT Oss
Postbus 540
NL-5340 AM Oss
T. +31 (0) (10)(2e)
I. www.notepad-factory.com

Van: (10)(2e) | The Notepad Factory
Verzonden: donderdag 23 april 2020 11:16
Aan: (10)(2e) @rivm.nl
Onderwerp: Dagboek contactpersonen COVID19
Geachte heer (10)(2e)
Bij voorbaat hartelijk dank voor uw aandacht in deze voor u drukke tijd.
Wij hebben begrepen dat er diverse apps in ontwikkeling zijn teneinde de COVID-19 infectieketen te doorbreken.
Het spreekt voor zich dat het digitaliseren van stappen het meest effectief zal zijn in deze, immers analoge tracering van alle contactpersonen kost veel tijd en personeel.
Echter de app is nog niet beschikbaar/nog niet privacy-bestendig en ook in later stadium wellicht niet voor iedereen bruikbaar of passend.
Een alternatief is het **analoge dagboek.**
Als Nederlands grootste fabrikant van custom notitieboeken en schrijfblokken bieden wij hierbij onze expertise graag aan om dergelijke dagboeken te produceren.
Van Den Ende BV is een familiebedrijf, actief sinds 1869. In normale tijden verlaten duizenden schrijfblokken per dag onze drukkerij.
Het formaat, binding (schrijfblok geniet of gelijmd=voordelig of een schrift/boekje spiraal gebonden), bedrukking, aantal pagina's; Alles kan naar wens ingevuld worden.
Op de binnenzijde van de omslag kan het doel van het dagboek worden uitgelegd (eventueel in meerdere talen)*)
De dagboekpagina's kunnen wij volgens RIVM-richtlijnen invulling geven.
Wij hebben gekeken naar de in Duitsland gebruikte formats. Waarbij bijgaande pdf de meest vereenvoudigde versie voor de burger lijkt.
***)Voorbeeld tekst:** *In dit dagboek documenteert u uw laatste contact met een persoon die positief is getest of de laatste dag van uw verblijf in een van de door het RIVM aangewezen risicogebied gedurende de afgelopen 14 dagen,*
de afwezigheid van of het optreden van symptomen (zie tabel), namelijk:
Uw lichaamstemperatuur, algemene activiteiten en uw contacten met andere mensen – dit twee keer per dag.
Bronnen invulling dagboek in Duitsland, gebaseerd op richtlijnen Robert Koch Instituut:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Tagebuch_Kontaktpersonen.html
https://www.rhein-sieg-kreis.de/corona/Tagebuch-fuer-Kontaktpersonen.pdf
Wij kunnen snel schakelen en kijken met veel belangstelling uit naar uw reactie.

Ook namens al onze medewerkers wensen ik u veel succes en gezondheid toe.
Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
T. +31 (0 (10)(2e)

Van Den Ende BV – The Notepad Factory
Leading European Notepad Manufacturers

Galliërsweg 1
NL-5349 AT Oss
Postbus 540
NL-5340 AM Oss
T. +31 (0 (10)(2e)
I. www.notepad-factory.com

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/17/2020 11:07:16 AM
Subject: RE: Doorst: teksten tbv 1e factsheet CGU
Received: Sun 5/17/2020 11:07:17 AM
200516 Factsheet1 - v1-ml-mm.docx

Hoi,
Hierbij ook mijn aanvullingen. Het is belangrijk dat we nog wat scherper de doelgroep van deze factsheet benoemen, ook indachtig Marikens opmerking of het eigenlijk een nieuwsbrief is. Voor een willekeurige burger boeit het niet zo of iets een kwalitatief of kwantitatief onderzoek is, voor een onderzoeker wel en voor een professional in een uitvoeringsorganisatie enigszins. Dus voor wie schrijven we dit vooral?
Dit natuurlijk ook in relatie tot wat we op de website zetten. Geeft de website meer informatie over de onderwerpen die in de factsheet worden genoemd? Geeft het daarmee de highlights voor alle geïnteresseerden, die kunnen doorklikken naar de website als ze meer willen weten?
Kortom, voor een eerste worp is dit helemaal prima en we gaan hierna de verschillende comm producten nog wat beter op elkaar afstemmen, inhoudelijk, qua doelgroep en qua routing en timing.
Vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) *Cr-6*
RIVM

From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: zondag 17 mei 2020 11:21
To: (10)(2e) (10)(2e)
Subject: FW: Doorst: teksten tbv 1e factsheet CGU

Ha (10)(2e)
Bij deze met mijn reactie – bijgevoegd ook de herziene planning. Ik kan prima meegaan in het aanpassing van de timing, om rapportage en factsheet te alterneren
De factsheet wordt nu eigenlijk een soort nieuwsbrief. Dan misschien handig om te overwegen om er ook een nieuwsbrief van te maken, of had je dit ook al met (10)(2e) in de afweging over de vorm van de factsheet overwogen en juist niet voor gekozen om moverende redenen.
Fijn om woensdag met jou & (10)(2e) (en misschien ook (10)(2e) ?) een uurtje te plannen om verder vooruit te blikken. Ook afspreken wie overzicht houdt op documenten die doorgaan naar publicatie op web bijv. En wat er nog meer in de pijplijn zit?
Groetjes,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zaterdag 16 mei 2020 23:50
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Doorst: teksten tbv 1e factsheet CGU

NABRANDER:
We zouden er voor kunnen kiezen voortaan de factsheet standaard 1 week na de beleidsnotitie te publiceren.
Dan:
- hoeven we geen 2 parallel trajecten (qua leveren input) te hebben;
- levert (een selectie uit) beleidsnotitie geaccordeerde input voor factsheet;
- hebben we een week om teksten publieksvriendelijk te maken, mooi vorm te geven, onderliggende info/stukken online te zetten.
- kunnen we makkelijker timen t.o.v. OMT-dagen and ander publicatie-luwe data.
Actuele info die niet zolang kan wachten, kan uiteraard eerder online geplaatst (als nieuwsbericht, dan wel op webpagina) om daarna alsnog in factsheet mee te gaan.
Maar nu eerst: weekend!
Groet, (10)(2e)

Mvg, (10)(2e) (10)(2e)
RIVM | (10)(2e) communicatie
06- (10)(2e) | verstuurd vanaf mobile device

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 16 mei 2020 om 22:47:43 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: teksten tbv 1e factsheet CGU
Prioriteit: Hoog

287681

Ha (10)(2e) en (10)(2e)
Bijgaand de concepttekst (ook in de projectmap op de R-schijf) voor de komende factsheet van onze Corona Gedragsunit. Ik moet zeggen dat de kwaliteit van de aangeleverde teksten me niet meeviel: veelal te lang, wijdlopig en niet echt toegankelijk geschreven (tekst van (10)(2e) was nog het best leesbaar). Heb gister met (10)(2e) afgesproken dat ik voor het vervolg een beknopte schrijfinstructie zal opstellen
(10)(2e) en ik hebben een eerste selectie gemaakt uit de teksten. Daarnaast heb ik in een enkel geval leentjebuur gespeeld bij de beleidsnotitie, met lichte tekstredactie daarop.
Nog enige noties:

- Heb er bewust voor gekozen om niét de volgorde van de werkpakketten leidend te laten zijn (nu: vragenlijst, interviews, literatuur, social)
- Het ontbreekt aan voldoende illustraties: heb her en daar fotosuggesties gedaan.
- Liefst zou ik bij ieder artikeltje door kunnen linken naar onderliggende online stukken; dat is nu vaak nog niet mogelijk.
- Een samenvatting van het nieuwsbericht 2e ronde vragenonderzoek (bijvoorbeeld eerste 2 alinea's ervan) moet dinsdag nog ingevoegd.
- Een factsheet moet bij voorkeur niet te lang zijn. Mochten jullie substantiële aanvullingen willen, dan graag ook suggestie wat er geschrapt zou kunnen worden.

Maandagochtend 7.30u ga ik met jullie opmerkingen aan de slag. Fijn als ik vóór die tijd reactie van jullie heb.
Groet! (10)(2e)
Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) communicatie
(aandachtsgebied: RIVM Infopunt, communicatiedossiers volksgezondheid & zorg)
....
RIVM Stafeenheid Communicatie
A. van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
....
T +31 3 (10)(2e)
M +31 6 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl
www.rivm.nl
....
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

To: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/8/2020 8:04:30 PM
Subject: Doorst: Corona-weekupdate
Received: Fri 5/8/2020 8:04:31 PM

Ter info.
Het duurde ff, maar 'ons' gedragswetenschappelijk onderzoek komt steeds meer tussen de oren bij de comcollega's op de coronadossiers :-)

Fijn weekend!
(10)(2e)

Mvg, (10)(2e) (10)(2e)
RIVM | (10)(2e) communicatie
06- (10)(2e) | verstuurd vanaf mobile device

Van: (10)(2e) (10)(2e)
Datum: 8 mei 2020 om 18:45:27 CEST
Aan: Centrum-C&D-List
Onderwerp: Corona-weekupdate

Ha collega's,

Wederom een week met een feestdag die niet was zoals 'ie hoort te zijn: 75 jaar bevrijding, in een tijd waarin we ons minder vrij kunnen bewegen dan ooit. Maar ook een week premier Rutte de versoepeling van het maatregelen aankondigde, zolang de situatie het toelaat. Helaas blijven we voorlopig nog thuis werken, en kunnen we elkaar nog niet 'in het echt' zien.

Deze week kende weer de vaste serie overleggen. Op maandag een Outbreak Management Team en uiteindelijk op woensdagavond de persconferentie. En op donderdag praatte (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) de Tweede Kamer weer bij over de actuele stand van zaken. (terugkijken kan via https://debatgemist.tweedekamer.nl/debatten/update-coronavirus-4).

Meer dan alleen infectieziekten

Nu de maatregelen versoepeld worden, verandert de rol van het RIVM. De overheid krijgt niet alleen advies over de bestrijding van het nieuwe coronavirus. Ook vele andere experts worden geraadpleegd. Hiermee wil de overheid de maatschappelijke gevolgen van de maatregelen zo beperkt mogelijk houden.

Ook binnen het RIVM wordt steeds meer kennis hiervoor ingezet. Zo publiceerde het RIVM deze week de eerste resultaten van een groot gedragsonderzoek, gaat de VTV de gevolgen van de maatregelen op gezondheid onderzoeken en gaat het loket voor psychosociale nazorg van start.

Omdat de maatregelen van de overheid niet meer alleen op basis van het OMT gebaseerd zijn, kan het RIVM hier moeilijker een toelichting op geven. We zijn dan ook terughoudend om te reageren op vragen over maatregelen op sociale media en via e-mail. Die verwijzen we door naar de betrokken ministerie. We moeten zeker nu onze rol goed bewaken: feitelijke onderbouwing van onze adviezen.

Fijn weekend allemaal!

Groet,

(10)(2e) en (10)(2e) en het Corona-communicatieteam

Coronanieuws van de afgelopen week

Oversterfte neemt af

De sterke stijging van het aantal sterfgevallen in Nederland sinds half maart neemt de laatste weken af. De sterfte was in alle provincies verhoogd, met uitzondering van de provincies Friesland, Groningen en Drenthe. Zie https://www.rivm.nl/nieuws/oversterfte-neemt-af

Duidelijke impact van de landelijke maatregelen om de COVID-19 epidemie te bestrijden

Om het effect van de maatregelen tegen de verspreiding van het nieuwe coronavirus te volgen, is gekeken naar het moment dat gemelde COVID-19 patiënten ziek werden. Daaruit blijkt dat de piek van de epidemie in alle provincies in week 12 viel: ongeveer 2 weken nadat de landelijke maatregelen ingingen. Dit wijst erop dat de landelijke maatregelen effectief geweest zijn om de COVID-19 epidemie in te dammen. Zie https://www.rivm.nl/nieuws/duidelijke-impact-van-landelijke-maatregelen-om-covid-19-epidemie-te-bestrijden

Snelle en zorgvuldige contactopsporing komende tijd noodzakelijk

Nu het kabinet de maatregelen tegen het nieuwe coronavirus stap voor stap versoepelt, zullen mensen weer meer buiten komen. De kans dat het virus zich weer gaat verspreiden, wordt dan groter. Om nieuwe verspreiding te beperken, is het belangrijk om nieuwe patiënten en hun contacten snel en zorgvuldig op te sporen. Zie https://www.rivm.nl/nieuws/snelle-en-zorgvuldige-contactopsporing-komende-tijd-noodzakelijk

De 1,5 meter maatschappij is een lastige opgave

Persoonlijke hygiënemaatregelen, zoals het niet meer geven van een hand, of het gebruik van papieren zakdoekjes zien de meeste Nederlanders niet als een probleem. Zoveel mogelijk thuis blijven, anderhalve meter afstand bewaren en niet op bezoek bij 70-plussers zijn de lastigste opgaven, zeker op de lange termijn. Zie https://www.rivm.nl/nieuws/1%2C5-meter-maatschappij-lastige-opgave

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/11/2020 8:52:49 AM
Subject: RE: budget omlaag
Received: Mon 5/11/2020 8:52:51 AM
IN190000 v3.0 ID NOW COVID-19 Test Product Insert IN1.pdf

Hoi allen,

Bedankt (10)(2e) voor het bij elkaar brengen van onze afzonderlijke input en alle communicatie met de andere partijen!

Over budget kan ik weinig toevoegen.

Duidelijk dat het doel 70.000 testen/dag in september moet zijn.

Proposal
- Interne controle: In het voorstel zie ik dit niet vermeld. Wellicht niet noodzakelijk om het in het voorstel te zetten, maar wel noodzakelijk om het in de test te ontwikkelen.
- Logistiek: met zoveel testen/dag, moeten we daar niet iets over zeggen in het voorstel? Dat weet jij denk ik het beste Chantal.
- LAMP is inderdaad gevoeliger voor mutaties dan RT-PCR door de hoeveelheid primers. Lijkt mij goed om te includeren hoe we daar snel op kunnen inspringen. LAMP-seq zal niet helpen omdat we dan de primers+ tussenliggende regios amplificeren en mutaties in de primer regio missen. Normale seq blijft doorgaan naast LAMP lijkt mij Chantal? Vermelden dat we die data goed in de gaten houden/dat er afspraken worden gemaakt voor toegang tot die data?

Ter inspiratie:
- LAMP POC voor COVID-19 met looptijd van sample naar resultaat in 13 min. https://www.alere.com/en/home/product-details/id-now-covid-19.html.
- Protocol voor deze test zit in de bijlage.
- Inclusief positieve en negatieve controle
- Gebruiken dry foam swabs en elution buffer.

Overig
- Wet swab icm VTM werkt minder goed voor LAMP volgens bovenstaand protocol wat we in ons achterhoofd moeten houden als we RT-PCR en LAMP met elkaar te vergelijken. Als alleen dry swab goed werkt met LAMP bepaalt het moment van monsterafname de diagnostiektest die wordt gebruikt. Wet swab = RT-PCR, Dry swab = LAMP

Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 10:30
To: < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: budget omlaag

Ja, dit is wel echt haastwerk. En idd niet veel keus want iedereen zit krap (zelfs TNO zelf zit er maar voor rond de 130 in begreep ik). Ik denk dat we een basisklus hebben in de inactivatie en daaromheen een aantal dingen kunnen doen, waaronder zelf ervaring met de LAMP opdoen. Maar veel ruimte is er niet helaas.

Gr.
(10)(2e)

From: [redacted] [redacted] <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 10:22
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: budget omlaag

Hoi (10)(2e)

Denk dat we weinig keus hebben. Er staan nu nog wel environmental sampling kosten in. Zitten de andere sample types nu dan weer wel in het proposal? Anders kunnen we die er uithalen en omzetten naar uren.
Zag ook in de laatste versie dat de colorimetrische detectie er nog instond, en begreep van jou dat dit er juist niet meer in zou zitten.... Weet niet of deze tegenstrijdigheden er inmiddels uit zijn, anders zouden we daar ook nog wat aan kunnen doen...

Vrees dat we definitieve afstemming van de werkzaamheden pas helder krijgen na indiening van het proposal...

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 09:49
To: [redacted] [redacted] <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: budget omlaag
Importance: High

Hoi,
Het zat er aan te komen natuurlijk, ik werd net gebeld of we het budget kunnen aanpassen om op 50k uit te komen. Iedere partner moet minimaal door de helft want budget was zwaar overvraagd (ook DSM doet niet gratis mee helaas). Er moet nog meer focus op wat gevraagd is door het OMT en dat is LAMP inpassen in testopschaling binnen een paar maanden + benodigde spullen in NL produceren.

Focus voor ons ligt dan bij WP1: inactivatie van de eerste stap testen op veiligheid (met behoud van effectiviteit). Ik heb het budget nu aangepast waarbij de kweekkosten zoveel mogelijk overeind gehouden zijn en verder alles sterk gereduceerd om tot rond 50k te komen. Dan kunnen we wel nog de LAMP opzetten en gebruiken om de werkzaamheid ervan na de geoptimaliseerde extractiemethodes te testen, en om wat andere typen monsters die we hebben liggen te testen.

Kunnen jullie leven met dit budget ?

Gr.
(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/6/2020 7:38:07 AM
Subject: FW: update mbt afname ELISAs voor SARS-CoV-2 uit nationale voorraad en laatste uitvraag voor tonen interesse
Received: Wed 5/6/2020 7:38:08 AM

Hoi (10)(2e)

Dit is al de 1e reactie op het nieuwsbericht.....
Hoe moeten we hier op reageren? Ik vermoed dat er nog meer van dit soort vragen mijn mailbox in gaan stromen vandaag.

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) 2 (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @reinier-mdc.nl>
Sent: woensdag 6 mei 2020 09:14
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rdgg.nl>
Subject: RE: update mbt afname ELISAs voor SARS-CoV-2 uit nationale voorraad en laatste uitvraag voor tonen interesse

Beste (10)(2e)

Even aanhakend op de vraag mbt ons ELISA platform. Ik las dat er grootschalig serologie getest gaat worden door Sanquin en "andere labs"

https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2020/05/05/1-miljoen-testen-op-corona-antistoffen-in-bloed

Zoals eerder gezegd dragen wij hierin graag ons steentje bij, zou je me er iets meer over kunnen vertellen?

Vriendelijke groet
(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: maandag 4 mei 2020 12:06
Aan: (10)(2e) 2 (10)(2e) (10)(2e)
CC: (10)(2e) .; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: update mbt afname ELISAs voor SARS-CoV-2 uit nationale voorraad en laatste uitvraag voor tonen interesse

Beste (10)(2e)

Wat betreft u vraag: Op dit moment is de indicatiestelling nog niet definitief. De Wantai kits zoals hier uitgevraagd zijn bedoeld als aanvulling op diagnostiek, waarbij RT-PCR de primaire diagnostiek blijft.

Over inzet van Wantai bij uitvoeren studies, incl (sub)populatie studies, wordt nog gesproken en daarover zal later meer informatie volgen.

U wordt vandaag gebeld met de vraag hoeveel kits u zou willen bestellen voor toepassing patiënten diagnostiek.

Vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e) 2 (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @reinier-mdc.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 11:53
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) . < (10)(2e) @rdgg.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rdgg.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rdgg.nl>
Subject: RE: update mbt afname ELISAs voor SARS-CoV-2 uit nationale voorraad en laatste uitvraag voor tonen interesse

Beste (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e).

"Graag horen we per omgaande of jullie aan die voorwaarden kunnen en willen voldoen om daarmee

aanspraak te maken op serologietesten uit de nationale voorraad. "→

Ja het Reinier Haga MDC kan aan de voorwaarden voldoen. Met de kanttekening dat mbt tot punt 5, namelijk de indicatiestelling van de Wantai total Ig, wij geen informatie hebben mogen ontvangen.

Hieronder de gevraagde gegevens. Graag hoor ik ook hoe we de hoeveelheden kunnen aangeven om daadwerkelijk de bestelling kunnen plaatsen.

1	Naam MML en fysiek adres	Reinier Haga MDC Reinier de Graafweg 7 2625 AD Delft
2	Kopie van ISO certificaat	Registratienummer M087 https://www.rva.nl/geaccrediteerde-organisaties/details/685
3	Contactpersonen incl tel nr.	(10)(2e) (10)(2e), tel 015 (10)(2e)
4	Adherentie van MML	Landelijke adherentie met zwaartepunt in Delft, Den Haag, Westland.
5	Aantal instellingen[x]	2 ziekenhuizen, meerdere verpleeghuizen(precieze aantal wordt nog uitgezocht)
6	ELISA platform	Freedom EVO, Tucan*

* Indien behoefte bestaat in den lande is er door de aanwezigheid van het geautomatiseerde platform capaciteit aanwezig om grote aantallen diagnostiek te verwerken, mocht er elders sprake zijn van beperkingen op het gebied van personele bezetting.

Indien er vragen zijn hoor ik het graag.

Vriendelijke groet

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

Telefoon: 015- (10)(2e)

Reinier Haga
Medisch Diagnostisch Centrum

Van: Secretariaat | NVMM [(10)(2e) @nvmm.nl]
Verzonden: vrijdag 1 mei 2020 14:44
Onderwerp: pdate mbt afname ELISAs voor SARS-CoV-2 uit nationale voorraad en laatste uitvraag voor tonen interesse

Aan de leden arts-microbioloog en aios,

(dit is de derde mail vandaag van de taskforce Serologie – graag uw aandacht voor alle drie de mails)

Update m.b.t. verstrekking Wantai ELISA uit nationale voorraad en laatste uitvraag aan alle COVID-19 laboratoria die interesse hebben om serologie ten behoeve van patiëntenzorg aan te bieden:

Meldplicht op basis van serologie: op dit moment wordt de meldplicht op basis van serologie voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten verder uitgewerkt. Meer informatie volgt. Vooralsnog wordt niet voorzien dat er bijgehouden gaat worden hoeveel bepalingen er uitgevoerd zijn en hoeveel daarvan positief zijn (zie punt 6 van de gestelde voorwaarden).

Kosten: Inmiddels is duidelijk geworden dat er vanuit VWS kosten berekend zullen worden voor betrekken Wantai kits uit de nationale voorraad voor de patiëntendiagnostiek, en wel tegen een prijs van €327 per kit. De reden hiervoor is dat de kosten voor het testen op aanwezigheid van antistoffen tegen SARS-CoV-2 net als voor reguliere serologische bepalingen via de normale route (verzekerde zorg) in rekening gebracht kunnen worden.

Uitlevering: Voor de laboratoria die reeds aangegeven hebben belangstelling te hebben voor de testen uit de Nationale voorraad: de opgegeven contactpersoon wordt a.s. maandag door RIVM gebeld met de vraag

hoeveel kits tegen bovengenoemde kostprijs bij de eerste uitlevering uitgeleverd te willen krijgen. Als u er alsnog van afziet (nu de kosten bekend zijn geworden) dan kan dat ook aangegeven worden.

Alsnog aanmelden: voor de laboratoria die zich alsnog willen aanmelden voor afname van de kits, geldt onderstaande informatie met instructie tot aanmelding.

In een visiedocument van de Tasforce Serologie is vastgelegd dat serologie een toegevoegde waarde kan hebben in de patiëntenzorg en ter ondersteuning van beleid gerelateerd aan de bestrijding van de SARS-CoV-2 pandemie. Ook uit diverse studies is inmiddels gebleken dat serologische testen van toegevoegde waarde kunnen zijn voor de diagnostiek van SARS-CoV-2. Uit diezelfde studies en uit een gezamenlijke validatie onder Nederlandse laboratoria is gebleken dat ELISA van de firma Wantai op dit moment een goede performance geeft voor zowel acute als doorgemaakte infectie (rapportage volgt binnen enkele dagen, zie bijlage voor de instructies van de fabrikant).

Distributie Wantai total Ab

Vooruitlopend op mogelijke leveringsproblemen heeft de Nederlandse overheid eind maart 12.000 kits Wantai total Ab besteld. Daarnaast worden door de LCT andere opties voor serologische diagnostiek bekeken. Deze Wantai kits zijn primair bedoeld voor de medisch microbiologische labs (MML's). De distributie wordt verzorgd door de LCT. Op basis van het verwachte gebruik zal een verdeelsleutel worden toegepast voor de uitrol van de kits *ten behoeve van de patiëntendiagnostiek.* In ieder geval zal ieder MML voorzien worden van een basisvoorraad die aangevuld kan worden vanuit de nationale voorraad. Daarnaast zal nog bekeken worden hoe de uitrol dient te zijn *ten behoeve van studies/inzet ter informatie en ondersteuning van beleid.*

De verwachting is dat de kits zeer binnenkort beschikbaar komen. Om in aanmerking te komen voor distributie zijn door het RIVM en NVMM criteria vastgesteld.

De MML's voldoen aan de volgende criteria voor het ontvangen van Wantai total Ab:

1. ISO15189-gecertificeerd, inclusief MML scopes immunoassays voor detectie virussen. Zie ook bronscope https://www.rva.nl/document/download/F004-3
2. Een BIG geregistreerde arts-microbioloog is (medisch) eindverantwoordelijke voor de diagnostiek, verantwoordelijk voor de interpretatie van de resultaten, verantwoordelijk voor de communicatie van uitslagen met de zorgverleners en beschikbaar om tekst en uitleg te geven indien een zorgverlener hierom vraagt.
3. De serologie kan dagelijks worden verzorgd.
4. Voor implementatie is een verificatiepanel verstrekt door de Taskforce serologie met goed gevolg doorlopen. (Meer informatie hierover volgt z.s.m.).
5. MML conformeert zich aan de indicatiestelling van SARS-CoV-2 serologie die vooraf zijn opgesteld en vastgesteld in het landelijk OMT en bekrachtigd door BAO
6. MML verklaart zich bereid om data aangaande SARS-CoV-2 serologie te delen met de taskforce en RIVM. Taskforce zal zicht houden op het gebruik, de indicaties (zullen per lab verschillen) en kwaliteit. Op basis hiervan kan herdistributie overwogen worden. RIVM zal waarschijnlijk de aantallen uitgevoerde

serologische testen in virologische weekstaten of een daaraan vergelijkbaar systeem monitoren en hieruit rapporteren.

Graag horen we per omgaande of jullie aan die voorwaarden kunnen en willen voldoen om daarmee aanspraak te maken op serologietesten uit de nationale voorraad.

Tevens ontvangt de task force de volgende gegevens hiertoe terug op mail adres (10)(2e) *@rivm.nl*:

1	Naam MML en fysiek adres	
2	Kopie van ISO certificaat	
3	Contactpersonen incl tel nr.	
4	Adherentie van MML	
5	Aantal instellingen[x]	
6	ELISA platform	

[x] Aantal ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingstehuizen waar MML aan verbonden is/de microbiologische diagnostiek voor verricht

Tegelijkertijd met de uitlevering van de testen zal een klein evaluatiepanel verstrekt worden waarvan de resultaten teruggekoppeld dienen te worden naar (10)(2e) *@rivm.nl*

Met vriendelijke groet, mede namens Taskforce Serologie, stuurgroep LCT en LCDK,

(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)

P/a Izore, Centrum Infectieziekten Friesland

Postbus 21020

8900 JA Leeuwarden

t: 058 - (10)(2e)

287704

Disclaimer
Zie voor de tekst http://www.reinierdegraaf.nl/e-mail-disclaimer

Disclaimer
Zie voor de tekst http://www.reinierdegraaf.nl/e-mail-disclaimer

287715

To: (10)(2e))((10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @uu.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @wur.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @uu.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) [(10)(2e) @TUE.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @cwi.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @tue.nl]; (10)(2e) [@lumc.nl] (10)(2e) @lumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) @umcutrecht.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @cwi.nl]; (10)(2e) ((10)(2e)) (10)(2e) @uu.nl]; (10)(2e), (10)(2e) (SOCMED)[(10)(2e) @maastrichtuniversity.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @nivel.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @umcutrecht.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @ggd.amsterdam.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Sun 5/10/2020 1:45:14 PM
Subject: Re: Monitoring project ZonMw
Received: Sun 5/10/2020 1:45:49 PM
ProjectNetAanvraag88156-3_SdV.pdf

Beste (10)(2e) en (10)(2e)

Bedankt voor dit geweldige intiatief. Het voorstel ziet er al picobello uit. Ik heb nog enkele kleine dingetjes en suggesties, vooral in het eerste deel (bijgevoegd). Zie maar of je daar nog wat mee doet.

Het enige meer essentiële punt is dat nu niet duidelijk is bij welke van de 5 working groups 'core groups' zijn ondergebracht. Ook zou GGD Rotterdam-Rijnmond als externe organisatie mee kunnen doen, via mijn collega (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e).

Groeten,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) ((10)(2e) (10)(2e)) <(10)(2e)@uu.nl>
Verzonden: vrijdag 8 mei 2020 11:38:05
Aan: (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) @lumc.nl; (10)(2e) @rivm.nl; (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (SOCMED); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e), (10)(2e).; (10)(2e), (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: Monitoring project ZonMw

Beste allen,

Nogmaals dank voor de toezegging een actieve rol (in onderzoek of advies) te willen spelen in het project over monitoring (in brede zin) voor Covid-19. In de bijlage een eerste versie van het gehele voorstel in ZonMw-format. Het is uiteraard open voor commentaar maar graag wel in het besef dat de tijd dringt. Ik verwacht niet heel veel input van jullie, maar een kritische blik en wat gerichte aanvulling waar nodig is nuttig voordat ik het op maandagochtend in ga dienen. Het ZonMw-systeem, zoals enkele van jullie weten, veel korte stukken over allerlei zaken als kennisoverdracht, relevantie, et cetera en daar heb ik iets voor gemaakt in dit concept. De tijd is krap dus ik hoop dat jullie tijd hebben om er kort even naar te kijken en te reageren met concrete voorstellen voor tekstaanpassing (zodat ik alleen hoef uit te voeren zondag). Het zou fijn zijn als ik uiterlijk zondagochtend een reactie krijg ("goed werk en mijn zegen heb je" mag natuurlijk ook *). De tekst komt grotendeels overeen met wat Mirjam en ik eerder stuurden, maar met wat aanvullingen (onder andere van Denny). Ik kan het concept helaas alleen in pdf-vorm sturen omdat het is samengesteld in Projectnet van ZonMw op basis van veel verschillende onderdelen.

Er zijn een paar speciale opmerkingen.

- Zoals jullie zullen zien is slechts een beperkt aantal mensen opgenomen bij "project members" op bladzijde 1-2. Dat komt omdat het ZonMw-systeem een maximum blijkt te hebben van 10 personen op het formulier. Ik heb daarover contact gehad en in overleg met ZonMw besloten om alle namen in het Plan van Aanpak op te nemen, zodat duidelijk is dat de groep groter is en zodat er straks geen gedoe komt met het geven van budget aan mensen die niet bij de 10 projectleden formeel staan

genoemd (zie ook de budgetverdeling aan het eind, waar wel iedereen genoemd wordt met een actieve onderzoekersrol die die budget nodig heeft).

- Er is een verplicht formulier over Open science en FAIR data use aan het eind. Dat moet nog worden ingevuld. Ik zoek naar iemand die daar een voorstel voor kan doen en een rol bij wil spelen voor het project. Graag input daarvoor dus.

Groet,

(10)(2e)

(10)(2e) | (10)(2e) of Theoretical Epidemiology | Department of Population Health Sciences | Faculty of Veterinary Medicine | University of Utrecht | Yalelaan 7, 3584 CL Utrecht, The Netherlands | (10)(2e)@uu.nl | +31 (10)(2e) (secretary: ... 1071)

To: (10)(2e) , (10)(2e) [(10)(2e) @amsterdamumc.nl]
Cc: (10)(2e) @lumc.nl[(10)(2e) @lumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @vu.nl[(10)(2e) @vu.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Fri 5/1/2020 10:48:00 AM
Subject: correctie van uw aanname / herhaling van het verzoek (derhalve)
Received: Fri 5/1/2020 10:48:07 AM

Geachte mevrouw (10)(2e)

Met dank sowieso voor uw vlugge reactie, sta mij toe u te corrigeren.

Bestudering van de performance van het RIVM, zoals die i.h.b. blijkt uit de briefings van de heer Van Dissel aan de Vaste Cie VWS, zijn Powerpoint presentaties daarbij behorend, de zgn. Adviezen 56e e.v. van het OMT, tot slot de website van het RIVM), hierna tezamen '(de bronnen van) het RIVM', sinds ruim twee maand en heeft de volgende constatering opgeleverd. Daaraan wordt een tweetal andere constatering toegevoegd.

Constatering 1: Sinds eind februari 2020 al ruim twee maanden lang wordt m.b.t. bijna alle belangrijke onderwerpen inzake het virus en de bestrijding daarvan, meer in het algemeen de reactie daarop in Nederland, door het RIVM in zijn bronnen blijk gegeven van een substantieel onbreken van kennis van het bestaan en de inhoud van een groot aantal wetenschappelijke publicaties over COVID-19. Publicaties, die een reden zouden moeten zijn voor het RIVM voor steeds tijdige substantiele heroverweging, correcties en aanvullingen van de eigen afwegingen, overwegingen, oordelen, aannames, adviezen enz. m.b.t. voornoemde belangrijke onderwerpen. Het door het onvoldoende (doen) monitoren bestaande chronische substantiele gebrek aan kennis bij het RIVM van de feiten (de werkelijkheid) in Nederland is mede debet aan voornoemd gebrek.

Begin volgende week kan ik u desgewenst toesturen een Tussenevaluatie Performance RIVM Januari t/m April 2020 Coronavirus, waaruit dat overtuigend blijkt. Daarmee wordt gelijktijdig de recente kritiek van wetenschappers terzake bevestigd. Het voorafgaande is dus geen grootspraak, maar een gefundeerde constatering. (Uit de volgende alinea blijkt bewijs daarvan op één van de belangrijke onderwerpen waarover - met alle respect voor het RIVM - het RIVM er echt gewoon naast zit, zijnde een risico, zo niet zekerheid op verdere gezondheidsschade en overlijdens na nu. Tenzij direct nu wordt gelezen, en gehandeld daarna, door het RIVM. Of er wordt gelezen of niet hangt volledig van u af, uw bereidheid om het in deze mail gestelde op urgentie en relevantie juist te beoordelen.)

Mogelijk dat u bereid bent om in afwachting van de ontvangst van voornoemde tussenevaluatie toch de mail van gisteren - de daarin vermelde publicatie - aan de heer (10)(2e) door te zenden. Het betreft naast revolutionair nieuw inzicht over het testen, mede het inmiddels in steeds meer landen onderkende aandachtspunt (én actiepunt) van de **asymptomatische** besmetting, die uit een toenemend aantal publicaties blijkt kwantitatief van grote betekenis te zijn op R, met een impact varierend tussen > 5% en < 30%. Met het u mogelijk bekend zijnde feit dat de heer (10)(2e) vorige maand (april dus) heeft aangegeven asymptomatische besmetting een verwaarloosbaar aandachtspunt te vinden, zoals in het OMT unaniem het oordeel is, althans naar hij stelt, volgt m.i. onweerlegbaar het bewijs van het belang van het onder zijn aandacht brengen van deze publicatie. U kunt daarbij het verschil maken, door hem deze mail door te sturen. Daarmee documenteert u meteen uw reactie.

Constatering 2: Er bestaat een causaal verband tussen het niet afdoende kennen van buitenlandse publicaties, het niet afdoende kennen van de feiten in Nederland door het RIVM enerzijds, het niet tijdig komen door het RIVM tot van betekenis zijnde heroverweging, correcties en aanvullingen van de eigen afwegingen, overwegingen, oordelen, aannames, adviezen enz. m.b.t. voornoemde belangrijke onderwerpen.

Constatering 3: Er is geen enkele bron van het RIVM in de periode eindigend 30 april 2020 waaruit de kernpunten en relevantie van de publicatie die u is verzocht aan de heer (10)(2e) c.q. één of beide van zijn secondanten blijken. Dat zou, zo lijkt me op zichzelf - uitgaande van dat u in staat bent de relevantie van deze publicatie in te zien - vide de alinea's onder 'constatering 1' - voor u toch voldoende bewijs kunnen zijn voor, dat u zich vergist in de aanname, dat deze publicatie door het RIVM is getraced.

Hoe schadelijk is het om mij te berichten, dat u deze mail heeft doorgezonden? Kan u mij dan ook zeggen aan wie? En zou u de Tussenevaluatie hierboven genoemd willen ontvangen? Begin volgende week is die af; u zult versteld staan.

Hoogachtend,

(10)(2e)

Van: , . <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>

Verzonden: vrijdag 1 mei 2020 09:28
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@outlook.com>
CC: (10)(2e)@lumc.nl <(10)(2e)@lumc.nl>; (10)(2e)@rivm.nl <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)@vu.nl <(10)(2e)@vu.nl>
Onderwerp: Re: Urgent/Important: verzoek alert maken JvD op nieuw cruciaal wetenschappelijk inzicht over epidemiolgie van COVID-19 !!

Geachte heer (10)(2e)

Er wordt momenteel veel onderzoek gedaan naar COVID-19. Bij het RIVM houden ze dit goed bij.
Het lijkt mij daarom niet nodig deze publicatie onder de aandacht van het OMT te brengen.
Er zijn ook nog veel onzekerheden over het virus en daar is het OMT zich ook van bewust.

vrgr
(10)(2e)

Amsterdam UMC
University Medical Centers

(10)(2e), PhD,
(10)(2e) *in Public Health Risk Communication*
Amsterdam UMC, Vrije Universiteit Amsterdam
Department of Public and Occupational Health| room (10)(2e)
Amsterdam Public Health research institute
Van der Boechorststraat 7,1081 BT Amsterdam,NL
T +31(0 (10)(2e) (10)(2e)) | E (10)(2e)@amsterdamumc.nl |
| https://research.vumc.nl/en/persons (10)(2e)
| www.vumc.nl|www.amsterdam-public-health.org
| www.riscamsterdam.com

Zie ook het zomernummer 2018 van het populair wetenschappelijk tijdschrift Skepter

RISC
RESEARCH GROUP
AMSTERDAM

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@outlook.com>
Verzonden: donderdag 30 april 2020 17:59
Aan: , . <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>

CC: (10)(2e) @lumc.nl < (10)(2e) @lumc.nl>; (10)(2e) @rivm.nl < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @vu.nl
< (10)(2e) @vu.nl>
Onderwerp: Urgent/Important: verzoek alert maken JvD op nieuw cruciaal wetenschappelijk inzicht over epidemiolgie van COVID-19 !!

Geachte mevrouw (10)(2e)

Kan u - buiten onze gespannen dialoog om - in ieder geval toch een recente publicatie (link in de samenvatting hieronder) MET SPOED onder de aandacht van de heer (10)(2e) brengen? Mogelijk dat hij zelf niet steeds zijn mails te Leiden leest. Of anders onder de aandacht van (10)(2e) of (10)(2e)?

Het betreft een nieuw inzicht van een wetenschapper, dat van groot belang is voor een betere kijk op het virus en op wat wijsheid is om te doen, ter verkleining van de bedreiging van Nederland door het virus.

Alstublieft, buiten ons visieverschil om. dit moet toch de aandacht hebben van zij die het verschil kunnen maken. (10)(2e) (10)(2e) is in ieder geval in staat om de relevantie van de hoofdpunten van onderstaande samenvatting op juistheid en relevantie te beoordelen. Als hij dit leest, dan kan dit veel mensen levens schelen. Dit hier niet gezegd anders dan omdat ik dat zou betreuren.

Samenvatting

Flaws in Coronavirus Pandemic Theory1 David Crowe (10)(2e) @theinfectiousmyth.com Version 8. April 23, 2020

https://theinfectiousmyth.com/book/CoronavirusPanic.pdf 1.

"Executive Summary The world is suffering from a massive delusion based on the belief that a test for RNA2 is a test for a deadly new virus, a virus that has emerged from wild bats or other animals in China, supported by the western assumption that Chinese people will eat anything that moves. If the virus exists, then it should be possible to purify viral particles. From these particles RNA can be extracted and should match the RNA used in this test. Until this is done it is possible that the RNA comes from another source, which could be the cells of the patient, bacteria, fungi etc. There might be an association with elevated levels of this RNA and illness, but that is not proof that the RNA is from a virus. Without purification and characterization of virus particles, it cannot be accepted that an RNA test is proof that a virus is present. Definitions of important diseases are surprisingly loose, perhaps embarrassingly so. A couple of symptoms, maybe contact with a previous patient, and a test of unknown accuracy, is all you often need. While the definition of SARS, an earlier coronavirus panic, was self-limiting, the definition of COVID-19 disease is openended, allowing the imaginary epidemic to grow. Putting aside the existence of the virus, if the COVID-19 test has a problem with false positives (as all biological tests do) then testing an uninfected population will produce only false-positive tests, and the definition of the disease will allow the epidemic to go on forever. This strange new disease, officially named COVID-19, has none of its own symptoms. Fever and cough, previously blamed on uncountable viruses and bacteria, as well as environmental contaminants, are most common, as well as abnormal lung images, despite those being found in healthy people. Yet, despite the fact that only a minority of people tested will test positive (often less than 5%), it is assumed that this disease is easily recognized. If that was truly the case, the majority of people selected for testing by doctors should be positive. The COVID-19 test is based on PCR, a DNA manufacturing technique. When used as a test it does not produce a positive/negative result, but simply the number of cycles 1 Officially the virus is called SARS-CoV-2 and the disease it is believed to caused, COVID-19. We will just refer to COVID-19 for the current virus panic, and SARS for the 2003 panic. 2 Ribonucleic Acid (RNA) is chemically very similar to DNA, except that one of the four bases, Thymine, is replaced by Uracil. In function it is very different, being created from DNA for a temporary use such as creating a protein molecule or being a messenger. It is also found in a single strand rather than a double-helix. 2 required to detect sufficient material to beat the arbitrary cutoff between positive and negative. If positive means infected and negative means uninfected, then there are cases of people going from infected to uninfected and back to infected again in a couple of days. A lot of people say it is better to be safe than sorry. Better that some people are quarantined who are uninfected than risk a pandemic. But once people test positive, they are likely to be treated, with treatments similar to SARS. Doctors faced with what they believe is a deadly virus treat for the future, for anticipated symptoms, not for what they see today. This leads to the use of invasive oxygenation, high dose corticosteroids, antiviral

drugs and more. In this case, some populations of those diagnosed (e.g. in China) are older and sicker than the general population and much less able to withstand aggressive treatment. After the SARS panic had subsided doctors reviewed the evidence, and it showed that these treatments were often ineffective, and all had serious side effects, such as persistent neurologic deficit, joint replacements, scarring, pain and liver disease. As well as higher mortality."

Hoogachtend,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @etz.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @pamm.nl]; (10)(2e)] (10)(2e) @mumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @gmail.com[(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @erasmusmc.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @sanquin.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @lumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e). (10)(2e)
Sent: Sun 5/24/2020 8:49:55 AM
Subject: Re: samenvatting discussies taskforce: reactie voor zondag 12:00
Received: Sun 5/24/2020 8:51:42 AM
mk-convergence Inzet van serologie in de bestrijding van SARS.docx
mk-NOTRACKconvergence Inzet van serologie in de bestrijding van SARS.docx

Hoi
Ik heb een poging gewaagd om de beide stukken te mergen, rekening houdend met de diverse commentaren. Ik heb hierbij dus de aanvankelijke notitie gecombineerd met de voorzet voor inzet serologie bij specifieke groepen. Daarnaast heb ik de categorie "inzet serologie bij bron en contact onderzoek"toegevoegd. Ik weet wel dat dat apart wordt voorbereid maar dat neemt niet weg dat we er als serologie task force iets over moeten zeggen mi.

De grootste wijziging zit daarom hierin:

. Het vaststellen van doorgemaakte infectie

B1. bij bron- en contact onderzoek

B2. bij hoog risico populaties zoals de ouderenzorg, en bij vitale beroepen

B3. in het kader van tegemoet komen aan een zeer brede maatschappelijke behoefte (welzijnsaspect)

Omdat dat wat heen er wel shuffelen vergde is de versie met track changes lichtelijk onleesbaar geworden, vandaar de tweede versie toegevoegd.

Verder wil ik voorstellen om de interpretatie hier uit te laten, en aan te geven dat we dat verder uitwerken als keuzes duidelijk zijn. Anders worden de stukken veel te lang mi.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

287722

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 11:46:43 AM
Subject: FW: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 22 mei 18:00 uur
Received: Fri 5/22/2020 11:46:44 AM

Hoe moet ik antwoorden op onderstaande vraag?

Staat dit niet al ergens?

Groet, (10)(2e)

Van: " (10)(2e) " < (10)(2e) @gelre.nl>
Verzonden op: vrijdag 22 mei 2020 08:42
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 22 mei 18:00 uur

Dag (10)(2e)

Delen van data conform onderstaand voorstel is akkoord.

Wanneer kunnen we aanbeveling van RIVM verwachten over test-indicaties voor serologie? Vanuit de kliniek, ARBO en huisartsen krijgen we veel vragen over (nut van) serologie.

Groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: donderdag 21 mei 2020 10:03
Aan: (10)(2e)
Onderwerp: RE: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 22 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e)

Bedankt voor jullie bijdrage. Mag deze data opgenomen worden in de verzamelrapportage ELISA en auto-analyzers? En zijn jullie van plan om een rapport te gaan schrijven over jullie validaties?

Op dit moment wordt deze rapportage met als bijlage de rapporten van de afzonderlijke labs (indien beschikbaar) gedeeld met andere MMLs via de NVMM, OMT, VWS, ECDC/EC en WHO met uw toestemming. Helaas is gebleken dat het alleen delen met de artsen-microbiologen in Nederland niet beheersbaar is, ondanks de vraag om niet verder te verspreiden. Daarnaast wordt er ook steeds meer vanuit andere beroepsgroepen (bv GGD-artsen) gevraagd naar de verzamelde rapportage.

Het voorstel vanuit de Taskforce serologie is daarom:

1. Om de rapportages zonder de lab-specifieke bijlagen breed te gaan delen. Hierbij worden de bijdragende laboratoria vermeld, maar zijn data niet herleidbaar tot labs.
2. Alleen de data-bijdragende laboratoria krijgen wel de rapportage met de lab-specifieke bijlagen met expliciete verzoek niet verder te delen.

Willen jullie mij laten weten of jullie akkoord zijn met deze 2 punten?

Vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@gelre.nl>
Sent: donderdag 21 mei 2020 08:44
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 22 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e)

Inmiddels hebben we eerste data met 10 neg controles (NC) en 15 patiënten met klinisch hoge COVID verdenking, 12 PCR-bevestigd.

(10)(1c)

Meer data volgt.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: woensdag 20 mei 2020 07:52
Aan: (10)(2e)
Onderwerp: RE: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 22 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e),

Elke week doen wij een inventarisatie naar de laatste gegevens vanuit de labs naar de validatie van serologische assays en sneltesten. Deze week een dag vroeger omdat het morgen Hemelvaart is.

Wij hebben uw laatste gegevens ontvangen op 14 mei. Zijn er inmiddels bij u (voorlopige) resultaten bekend of zijn jullie gestart met een validatie waarvoor jullie eerder alleen de plannen hadden?

Zou u mij een antwoord kunnen geven voor vrijdag 22 mei 18.00 uur?

Dan hebben we de validatie status voor week 21 compleet.

Ter informatie: de volgende updates van de verzamelrapporten over ELISA en auto-analyzers worden op dit moment gefinaliseerd en worden deze week gedeeld.

Alvast bedankt,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) namens de taskforce serologie

---

From: (10)(2e) <(10)(2e)@gelre.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 13:40
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 15 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e)

Helaas deze week nog geen resultaten; hopelijk volgende week!

Groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 07:26
Aan: (10)(2e)
Onderwerp: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 15 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e)

Elke week doen wij een inventarisatie naar de laatste gegevens vanuit de labs naar de validatie van serologische assays en sneltesten.

Wij hebben uw laatste gegevens ontvangen op 7 mei. Zijn er inmiddels bij u (voorlopige) resultaten bekend of zijn jullie gestart met een validatie waarvoor jullie eerder alleen de plannen hadden?

Zou u mij een antwoord kunnen geven voor vrijdag 15 mei 18.00 uur?

Dan hebben we de validatie status voor week 20 compleet.

Alvast bedankt,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) namens de taskforce serologie

---

From: (10)(2e) <(10)(2e)@gelre.nl>
Sent: donderdag 7 mei 2020 09:26
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 8 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e)

Vooralsnog geen resultaten van onze kant, wij wachten nog steeds op de Liaison kit.

Hoe verloopt verder de logistiek omtrent Wantai kits? Maandag j.l. heb ik telefonisch met collega van RIVM gesproken over gewenst aantal kits, maar zij wist geen details. Onze afdeling inkoop ontvangt graag contactgegevens om de Wantai te bestellen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Gelre ziekenhuizen

Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn

Postbus 9014, 7300 DS Apeldoorn

T 055 - (10)(2e) **M** 06 – (10)(2e)

Werkdagen: (10)(2e)

www.gelreziekenhuizen.nl

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: donderdag 7 mei 2020 7:54
Aan: (10)(2e)
Onderwerp: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 8 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e)

Elke week doen wij een inventarisatie naar de laatste gegevens vanuit de labs naar de validatie van serologische assays en sneltesten.

Wij hebben uw laatste gegevens ontvangen op 30 april. Zijn er inmiddels bij u (voorlopige) resultaten bekend of zijn jullie gestart met een validatie waarvoor jullie eerder alleen de plannen hadden?

Zou u mij een antwoord kunnen geven voor vrijdag 8 mei 18.00 uur?

Dan hebben we de validatie status voor week 19 compleet.

Alvast bedankt,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) namens de taskforce serologie

From: (10)(2e) <(10)(2e) @gelre.nl>
Sent: donderdag 30 april 2020 08:31
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 1 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e)

Momenteel hebben wij nog geen resultaten; wij hopen volgende week eerste kit van Abott te krijgen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Gelre ziekenhuizen

Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn

Postbus 9014, 7300 DS Apeldoorn

T 055 - (10)(2e) **M** 06 – (10)(2e)

Werkdagen: (10)(2e)

www.gelreziekenhuizen.nl

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: donderdag 30 april 2020 8:07
Aan: (10)(2e)
Onderwerp: RE: validatie serologie SARS-Cov-2, graag retour voor 1 mei 18:00 uur

Beste (10)(2e)

Elke week doen wij een inventarisatie naar de laatste gegevens vanuit de labs naar de validatie van serologische assays en sneltesten.

Wij hebben uw laatste gegevens ontvangen op 20 april. Zijn er inmiddels bij u (voorlopige) resultaten bekend of zijn

jullie gestart met een validatie waarvoor jullie eerder alleen de plannen hadden?

Zou u mij een antwoord kunnen geven voor vrijdag 1 mei 18.00 uur?

Dan hebben we de validatie status voor week 18 compleet.

Alvast bedankt,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) namens de taskforce serologie

From: (10)(2e) < (10)(2e) @gelre.nl>
Sent: maandag 20 april 2020 14:07
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Serologie capaciteit Gelre

Beste collega,

Inmiddels bereiden wij ons voor op validatie van Diasorin en Abott CLIA voor SARS-CoV-2, hopelijk 2[e] week mei.

Lijkt me dat wij niet als enige deze CLIA's gaan valideren. Worden deze data ook landelijk verzameld c.q. kunnen wij hierbij aansluiten?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Gelre ziekenhuizen

Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn

Postbus 9014, 7300 DS Apeldoorn

T 055 - (10)(2e) **M** 06 – (10)(2e)

Werkdagen: maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag

www.gelreziekenhuizen.nl

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: donderdag 2 april 2020 15:46
Aan: (10)(2e)
Onderwerp: RE: Serologie capaciteit Gelre

Beste collega,

Is de capaciteit die u opgeeft gebaseerd op handmatige ELISA's of mbv ELISA robots?

Analyse met auto-analyzers (zoals LIAISON, VIDAS en Architect) zal niet geschikt zijn, omdat we niet verwachten dat er binnen afzienbare tijd cassettes/cartridges door fabrikanten geleverd kunnen worden.

Alvast bedankt voor de informatie,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

....

RIVM

Centrum voor Infectieziektebestrijding (Cib)

Centrum IDS

Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven | S0.08

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven | Postbak (10)(2e)

....

T 030 (10)(2e)

(10)(2e)@rivm.nl

http://www.rivm.nl

From: (10)(2e) <(10)(2e)@gelre.nl>
Sent: donderdag 2 april 2020 15:31
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Serologie capaciteit Gelre

Geachte mevrouw (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Wij zijn momenteel (nog) niet bezig met (voorbereiden van) validatie voor COVID-19 serologie, in afwachting van meer data en aanbevelingen vanuit de beroepsgroep.

Bijgaand onze geraamde capaciteit.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Gelre ziekenhuizen

Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Albert Schweitzerlaan 31, 7334 DZ Apeldoorn

Postbus 9014, 7300 DS Apeldoorn

T 055 - (10)(2e) **M** 06 – (10)(2e)

Werkdagen: (10)(2e)

www.gelreziekenhuizen.nl

gelre ziekenhuizen

****

De informatie verzonden met dit e-mail bericht is vertrouwelijk en uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Gebruik van deze informatie door anderen dan de geadresseerde(n) is niet toegestaan. Openbaarmaking, vermenigvuldiging, verspreiding en/of verstrekking van deze informatie aan derden is niet toegestaan. Gelre ziekenhuizen staat niet in voor de juiste en/of volledige overbrenging of tijdige ontvangst van de inhoud van een verzonden e-mail bericht. Wij wijzen er met nadruk op dat er risico's verbonden zijn aan het gebruik van e-mail en daaraan verbonden bijlagen. Gelre ziekenhuizen aanvaardt

287723

geen enkele aansprakelijkheid voor directe en/of indirecte schade veroorzaakt

door het gebruik en/of openen van e-mail en/of bijlage.

****

geen enkele aansprakelijkheid voor directe en/of indirecte schade veroorzaakt

door het gebruik en/of openen van e-mail en/of bijlage.

****

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

****

De informatie verzonden met dit e-mail bericht is vertrouwelijk en uitsluitend

bestemd voor de geadresseerde(n). Gebruik van deze informatie door anderen dan

287723

****

De informatie verzonden met dit e-mail bericht is vertrouwelijk en uitsluitend

bestemd voor de geadresseerde(n). Gebruik van deze informatie door anderen dan

de geadresseerde(n) is niet toegestaan. Openbaarmaking, vermenigvuldiging,

verspreiding en/of verstrekking van deze informatie aan derden is niet

toegestaan. Gelre ziekenhuizen staat niet in voor de juiste en/of volledige

overbrenging of tijdige ontvangst van de inhoud van een verzonden e-mail

bericht. Wij wijzen er met nadruk op dat er risico's verbonden zijn aan het

gebruik van e-mail en daaraan verbonden bijlagen. Gelre ziekenhuizen aanvaardt

geen enkele aansprakelijkheid voor directe en/of indirecte schade veroorzaakt

door het gebruik en/of openen van e-mail en/of bijlage.

****

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

287723

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

****
De informatie verzonden met dit e-mail bericht is vertrouwelijk en uitsluitend
bestemd voor de geadresseerde(n). Gebruik van deze informatie door anderen dan
de geadresseerde(n) is niet toegestaan. Openbaarmaking, vermenigvuldiging,
verspreiding en/of verstrekking van deze informatie aan derden is niet
toegestaan. Gelre ziekenhuizen staat niet in voor de juiste en/of volledige
overbrenging of tijdige ontvangst van de inhoud van een verzonden e-mail
bericht. Wij wijzen er met nadruk op dat er risico's verbonden zijn aan het
gebruik van e-mail en daaraan verbonden bijlagen. Gelre ziekenhuizen aanvaardt
geen enkele aansprakelijkheid voor directe en/of indirecte schade veroorzaakt
door het gebruik en/of openen van e-mail en/of bijlage.
****

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/13/2020 6:38:53 PM
Subject: Re: samenvatting overleg vandaag: graag controle, input voordat ik uitstuur
Received: Wed 5/13/2020 6:39:37 PM
2020-04-23-COVID19-Report-16.pdf

Goede notulen! Ook eens met de aanpak.

Hierbij ter info nog een stuk vanuit de UK met het perspectief van hun experts op 'immunity passports'. Daarin schrijven ze oa " there are concerns that the economic and personal benefits of an immunity passport to the general population would lead to fraud, and implementation of such a scheme is likely to face serious legal and ethical challenges related to discrimination based on immune status. "

Mvg,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 17:59
Aan: (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)
Onderwerp: Re: samenvatting overleg vandaag: graag controle, input voordat ik uitstuur

thanks,

Het was me inmiddels ook door het hoofd geschoten dat 11.1 11.1 (10)(2g) (10)(2g)

Ik wacht nog even op (10)(2e) en dan gaat het weg �

gr (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wednesday, 13 May 2020 16:34
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e)
Subject: RE: samenvatting overleg vandaag: graag controle, input voordat ik uitstuur

Hoi,

Hierbij mijn aanvullingen.

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 13 mei 2020 14:46
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @etz.nl>
Subject: RE: samenvatting overleg vandaag: graag controle, input voordat ik uitstuur

Bij deze mijn input.

Groet,

287724

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 13 mei 2020 14:26
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@etz.nl>
Subject: samenvatting overleg vandaag: graag controle, input voordat ik uitstuur
Importance: High

Beste allen,

Na de "bijzondere' vergadering van vanochtend hierbij mijn sanemvatting die ik na input van jullie naar de rest wil sturen.
Graag aandacht voor geel gehighlighted stuk: voorstel mijnerzijde. Wellicht de immunologen erbij betrekken? Naar OMT met stuk, dan moet er ook lit achter etc.

Zou fijn zijn als jullie vandaag kunnen reageren.

gr (10)(2e)

To: (10)(2e))'[(10)(2e) @mumc.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @etz.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @pamm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e). (10)(2e) [(10)(2e) @erasmusmc.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @sanquin.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @lumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sat 5/23/2020 4:53:19 PM
Subject: RE: samenvatting discussies taskforce: reactie voor zondag 12:00
Received: Sat 5/23/2020 4:53:46 PM
Fig.tif
samenvattimg discussies Taskforce serologie tbv informeren LCT VWS vs1.0 JK-IvLCGvK.docx

Beste allen, hierbij mijn opmerkingen .

Tevens een update van de Wantai en Liaison uitslagen versus PRNT50. Er zitten nu ca 50 milde patiënten bij de analyses. PRNT50 van 20 en hoger is positief.
Voor de Wantai Ig totaal constateren wij dat je vanaf een ratio van 10 ziet dat iedereen neutraliserende antistoffen heeft, hier zitten ook het merendeel van de mensen met milde infecties, wel na minimaal 21 dagen.
Eerdergenoemde cut/off van 2 was gebaseerd op ODs en niet de ratio, maar dat komt overeen.
(10)(2e), (10)(2e) misschien moeten we nog een keer gezamenlijk bekijken waar de discrepanties zitten met jullie bevindingen? Ik kan desgewenst nog een afzonderlijke plot maken van de 50 milde patiënten.

Wat we ook zien is dat helaas de Liaison niet sensitief genoeg blijkt.

Groeten (10)(2e)

From: (10)(2e)) < (10)(2e) @mumc.nl>
Sent: zaterdag 23 mei 2020 09:59
To: (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e) @etz.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @pamm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e). (10)(2e) < (10)(2e) @erasmusmc.nl>; (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @erasmusmc.nl>; (10)(2e), (10)(2e) < (10)(2e) @sanquin.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @lumc.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: samenvatting discussies taskforce: reactie voor zondag 12:00

Bij deze ook mijn aanvullingen.
Goed weekend,
Groeten (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]
Verzonden: vrijdag 22 mei 2020 20:53
Aan: (10)(2e) (10)(2e)
CC: (10)(2e), (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e). (10)(2e); (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e), (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: Re: samenvatting discussies taskforce: reactie voor zondag 12:00

Hierbij mijn reactie.

MVG en prettig weekeinde,

(10)(2e)
FESCMID, FSHEA, FRCPE

(10)(2e) **at Amphia Hospital Breda/Oosterhout, Sint Elisabeth Hospital and Twee Steden Hospital, Tilburg**

287726

(10)(2e) of epidemiology of healthcare-related infections
Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht University

contact:
(10)(2e)
MicroVida
Medical Microbiology, Brabant-Zeeland

PObox (10)(2e)
4800 RK Breda
The Netherlands
tel: +31 (10)(2e)
fax: +31 (10)(2e)
email: (10)(2e)@gmail.com
twitter: @(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Mon 5/4/2020 8:43:43 AM
Subject: RE: Antw: Mondkapjes! FW: verzoek gedragsdeskundigen panel
Received: Mon 5/4/2020 8:43:43 AM

Hoi (10)(2e),
Beide stukken gelezen, razend interessant, de perspectieven van de WAR en wat zij aandragen. Idee dat zij wel veel perspectieven weerspiegelen die ik in verschillende reviews heb gelezen.
Zoals kapjes als primer/cue, de nadruk op dragen uit bescherming van anderen en niet alleen jezelf (wat bij andere beschermingsmiddelen zoals een autogordel wel meer speelt), en het presenteren als 1 van de maatregelen, aanvullend op de nr. 1 handen wassen.
Daarnaast de instructie tot goed gebruik en duidelijkheid bieden over kwaliteit van maskers en welke maskers.
Voor mijn gevoel matchen hun perspectieven dus wel de verschillende kanten uit de reviews die we tot nu toe hebben gelezen.
De aanvullingen van (10)(2e) zullen we hier ook opnemen, net als andere gesuggereerde literatuur.
Als je meer duidelijkheid hebt over het OMT format aan VWS, hoor ik dat graag, dat kan onze literatuur presentatievorm ook verbeteren.
Best wishes, met vriendelijke groet,
(10)(2e)
Tel: +316 (10)(2e)
National Institute of Public Health and the Environment (RIVM)
Centre for Sustainability, Environment and Health (DMG)
PO Box 1 3720 BA Bilthoven The Netherlands

From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: zondag 3 mei 2020 23:16
To: (10)(2e)
Subject: RE: Antw: Mondkapjes! FW: verzoek gedragsdeskundigen panel

Ha (10)(2e)
Dit weekend vooral gefocust op reacties van de WAR. Langs die lijn nog meer relevante literatuur langs zien komen, maar vooral denklijnen.
Ik zoek nog een voorbeeld format van het OMT hoe zij hun adviezen overbrengen aan VWS. Ik zou verwachten dat VWS heel kort en krachtig inzicht wil krijgen.
Tijd om zelf artikelen te lezen ontbreekt. Mocht je in de reacties van de WAR nog suggesties zien die jullie nog niet op het netvlies hadden gebruik vooral. Eventueel ook ong om toe te voegen aan de literatuurreview over mondkapjes, maar aangezien zelfs de review van (10)(2e) (waarvan we dachten dat deze de meest bruikbare was), lijkt al weer onderuit gehaald te worden door collega's in het veld. Vandaar dat ik de conclusie in het advies aan VWS over de literatuur maar heel beperkt heb gehouden (en dat kan alleen maar doordat (10)(2e) veel boven tafel had gehaald).
Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zaterdag 2 mei 2020 13:46
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Antw: Mondkapjes! FW: verzoek gedragsdeskundigen panel

Hoi (10)(2e)
Ik maak maandag graag tijd om tegen te lezen! Fijn dat je deze literatuur kunt gebruiken.
Mocht je specifiekere literatuur willen lezen, in de wp2 map > wetenschappelijke literatuur > losse studies > mondkapjes, kun je de pfds vinden.
In de wp2 map tevens een endnote bestand met onze gevonden mondkapjes literatuur.
Groeten en succes!

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden op: zaterdag 2 mei 2020 11:17
Aan: CoronaGedragsUnit <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>,Marijn de Bruin <(10)(2e)@rivm.nl> (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: Mondkapjes! FW: verzoek gedragsdeskundigen panel

Ha allen,

Deze vraag kwam gisteravond formeel bij ons binnen. Op basis van wat er nu al vanuit WP2 ligt, plus raadpleging internationale netwerk (via (10)(2e)) en WAR (via mij) ga ik aan de slag met antwoord – deadline is over maandag 4 mei. Erg fijn dus dat er al veel voorwerk is verricht!
Als je maandag tijd hebt om tegen te lezen, laat het me vooral weten!
Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Sent: vrijdag 1 mei 2020 18:32
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e))((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Subject: verzoek gedragsdeskundigen panel

Beste (10)(2e)
Aan het OMT van 4 mei is een vraag voorgelegd over het gebruik van mondkapjes. Logischerwijs zullen zij ingaan op de medische noodzaak hiervan en het effect op de volksgezondheid.
Daarnaast wil het kabinet ook graag zicht krijgen in de gedragskundige aspecten met betrekking tot het gebruik van mondkapjes. (10)(2e) (10)(2e) heeft hierover al contact met je gehad.
Ik maak voor deze vraag graag gebruik van de expertise van de gedragsunit corona bij het RIVM.
Welke effecten heeft het gebruik of zou het gebruik van mondkapjes mogelijk kunnen hebben op de compliance aan de huidige social distancing maatregelen, zoals het advies 'blijf zoveel mogelijk thuis', 'blijf thuis bij klachten' en de anderhalve metermaatregel?
In verband met de besluitvormingscyclus over maatregelen vraag ik u om het advies uiterlijk maandag 4 mei op te leveren.
Alvast hartelijk dank voor de inzet.
Vriendelijke groet,

Met vriendelijke groet,
(10)(2e)
DuoDG Volksgezondheid (tav Corona aanpak)
(10)(2e) @minvws.nl
+316 (10)(2e)
Secretariaat:
(10)(2e) / (10)(2e)
070 (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/3/2020 8:27:42 PM
Subject: mondkapjes vraag van VWS aan gedragsunit & advies format tbv VWS
Received: Sun 5/3/2020 8:27:43 PM
200504 Verkenning gedragsaspecten mondkapjes - concept 0.1.docx
Reacties Wetenschappelijke adviesraad inzake impact op compliance bij gebruik mondkapjes.docx

Dag (10)(2e) & (10)(2e),

Vrijdag eind vd dag ontvingen we een adviesvraag van VWS over compliance-effect van mondkapjes – morgen op te leveren. Bijgaand een eerste ruw concept, en vertrouwelijk ook de reacties van onze wetenschappelijke adviesraad hierover.

Vraag – gebruiken jullie een vast format voor het opleveren van adviezen aan VWS vanuit het OMT? Zouden we dit mogen zien? Dank alvast!
Voor ons is dit de eerste keer dat we op deze manier gevraagd worden om advies uit te brengen. Vandaar nog even zoeken naar meest handige format.

Ter info - Morgenavond hebben we ook conceptpersbericht over resultaten van onze vragenlijst om ook met jullie te delen. Tijdlijn blijft vooralsnog dat we donderdag online gaan hiermee.

Met hartelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

---

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) | (10)(2e)
RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij | Corona Gedragsunit ((10)(2e) @rivm.nl)
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven / Postbus 1 (postbak (10)(2e) | 3720 BA Bilthoven
....
T +31 (10)(2e) (secretariaat) | **M** +31 (10)(2e) | **E** (10)(2e) @rivm.nl | **Tw** @ (10)(2e)
....
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

To: (10)(2e)][(10)(2e) @mumc.nl]
Cc: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @erasmusmc.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @etz.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @pamm.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @erasmusmc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @sanquin.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @lumc.nl[(10)(2e) @lumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Mon 5/18/2020 6:56:02 AM
Subject: Re: update taskforce serologie en herinnering aan verzoek tot komen tot finaal doc as maandag
Received: Mon 5/18/2020 6:56:27 AM

Ik zou ook willen voorstellen om verzoeken voor serologie positief kritisch te beoordelen. Wij hebben nu een aantal organisaties die hun medewerkers willen laten testen om onrust weg te nemen en op termijn te monitoren wat er gebeurt (Nieuwe seroconversies). Als ze dit serieus oppakken en de beperkingen van de testuitslag op individueel niveau kennen heb ik er geen bezwaar tegen.

(10)(2e)

(10)(2e)

FESCMID, FSHEA, FRCPE

(10)(2e) **at Amphia Hospital Breda/Oosterhout, Sint Elisabeth Hospital and Twee Steden Hospital, Tilburg**

(10)(2e) **of epidemiology of healthcare-related infections**
Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht University

contact:
(10)(2e)
MicroVida
Medical Microbiology, Brabant-Zeeland

PObox 90158
4800 RK Breda
The Netherlands
tel: +31 (10)(2e)
fax: +31 (10)(2e)
email: (10)(2e) @gmail.com
twitter: @ (10)(2e)

Op zo 17 mei 2020 om 21:26 schreef (10)(2e)) < (10)(2e) @mumc.nl>:

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

287734

To: (10)(2e)][(10)(2e) @mumc.nl]; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @erasmusmc.nl]; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @etz.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @pamm.nl]; (10)(2e) @gmail.com'[(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e), (10)(2e)[(10)(2e) @erasmusmc.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @lumc.nl'[(10)(2e) @lumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e)
Sent: Mon 5/18/2020 6:41:03 AM
Subject: serologie bij resp.infecties ; practische benadering ' immuniteit'
Received: Mon 5/18/2020 6:41:37 AM

Beste collega's,

Ik kan mij niet erg vinden in het excel schema.

Dit is m.i. te speculatief en te eenzijdig gericht op humorale immuniteit.

Bij resp.infecties is IgG productie, en deszulks neutraliserend vermogen,wellicht een bijverschijnsel. >Daarom< is resp. serologie meestal moeizaam.

Het kan zelfs andersom zijn: resp. neutraliserende Abs zijn de 3e lijn van verdediging,

nadat 1) lokale innate, resp 2) adaptieve cellulaire afweer faalde. Dus hoe adekwater de afweer, hoe minder Abs nodig waren .

De eerste berichten verschijnen over T-cel immuniteit.

Wellicht ben je, ook na milde lokale (keel) infectie, immuun op basis van cellulaire immuniteit, zonder belang van antistoffen, met zelfs fikse corona-kruisbescherming.

We gaan dit proberen uit te zoeken door bij donors ook de cellulaire responsen tegen corona te volgen (met of zonder Abs daarbij).

Practisch:

Vooralsnog is het immunologisch en besluitkundig het beste om simpelweg er van uit te gaan

dat na doorgemaakte SARS-CoV-2 infectie, -hoe dan ook aangetoond-, er enige tijd sprake is van immuniteit en van verminderde infectiviteit voor de omgeving.

Die 'enige tijd' kan arbitrair gesteld worden op 6 maanden, want deze benadering en interpretatie, indien toegepast op inzet van personeel ed, moet sowieso strak gemonitord worden.

met vriendelijke groeten van (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @erasmusmc.nl]; (10)(2e). (10)(2e) [(10)(2e) @etz.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @pamm.nl]; (10)(2e) @gmail.com[(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e). (10)(2e) [(10)(2e) @sanquin.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @mumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @lumc.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e). (10)(2e)
Sent: Sun 5/17/2020 4:21:57 PM
Subject: Re: update taskforce serologie en herinnering aan verzoek tot komen tot finaal doc as maandag
Received: Sun 5/17/2020 4:23:55 PM

Hoi (10)(2e)
Vanuit het OMT is naast het taskforce stuk de opdracht bij mij neergelegd voor een inbreng over inzet serologie.
Ik ga daar ook de vertegenwoordigers van de verpleeghuizen, van de huisartsen en de GGD bij betrekken. Dat gaat dus wat verder , dus laten we hier morgen even over overleggen. Wel handig als we de positie bepaling van de taskforce hebben zoals je nu voorstelt.

Ik denk dat we wel een helder en gedeeld standpunt kunnen formuleren over wat de serologie precies zegt, maar dat de meningen verdeeld zijn voor wat dat betekent voor inzet op verzoek (zorg, huisartsen, verpleeghuizen).
Aangezien dat echter steeds meer gebeurt, is het risico dat dit in toenemende mate een "roomser dan de Paus" discussie dreigt te worden, en dat is voor niemand goed.

(10)(2e) gaf aan dat hij zich kon voorstellen dat er pilots gedaan worden. Die zijn er sowieso al voor de verschillende studies, maar die zouden ook voor een of twee ROAZ regio's gedaan kunnen worden.

Ik ben recent te gast of in gesprek geweest bij enkele lokale initiatieven in Brabant en Limburg, en daar wordt volop getest, met slechte serologie. Dan liever "met oormerk"

(10)(2e)

On 17 May 2020, at 18:09, (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl> wrote:

Hoi,
Wellicht een idee om data overzicht van (10)(2e) te gebruiken als basis voor een stuk vanuit de Taskforce voor de NTvG over immuniteit?

Gr (10)(2e)

From: (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @erasmusmc.nl>
Sent: zondag 17 mei 2020 17:59
To: (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@etz.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @pamm.nl>; (10)(2e) @gmail.com' <(10)(2e) @gmail.com>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e) @erasmusmc.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e) @sanquin.nl>; (10)(2e))' <(10)(2e) @mumc.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @lumc.nl; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: update taskforce serologie en herinnering aan verzoek tot komen tot finaal doc as maandag

Hoi allen

Mijn comments toegevoegd.
Ik vind de medisch inhoudelijke indicatie stelling van (10)(2e) akkoord.
Ik ben ook wel voorstander van de zogenoemde maatschappelijke indicatiestelling die is toegevoegd, omdat als we dat doen vanuit MML we ook zicht kunnen houden op hoe er wordt getest, hoe de uitslagen worden terug gerapporteerd, dwz voorlopig met genoeg duiding van de onzekerheid rondom de serologie etc. Wel goed om dit te kijken hoe we dit gaan reguleren/organiseren natuurlijk. Beste is wellicht om dit toch zoveel mogelijk via een studieopzet te doen?

Ik zie net de mail van (10)(2e) binnenkomen met aanvullende informatie, waarvoor veel dank, dat ziet er goed uit! Ik ga er naar kijken alsmede naar de excell van (10)(2e).

Groeten (10)(2e)

From: (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@etz.nl>
Sent: zondag 17 mei 2020 15:28
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@pamm.nl>; (10)(2e)@gmail.com' <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e). (10)(2e) <(10)(2e)@erasmusmc.nl>; (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@erasmusmc.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@sanquin.nl>; (10)(2e)' <(10)(2e)@mumc.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)@lumc.nl; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: update taskforce serologie en herinnering aan verzoek tot komen tot finaal doc as maandag

Ik heb nog een paar aanvullende opmerkingen aan het document toegevoegd. Ik ben benieuwd naar de gedachten vd mensen die nog niet gereageerd hebben.

Ik ben zo vrij geweest een excel te maken waarin ik schematisch probeer weer te geven hoe ik over immuniteit denk. Ik ben benieuwd of jullie de kruisjes anders zouden zetten dan ik. Ik denk dat we met dit excelletje snel kunnen inventariseren waar iedereen in de Taskforce staat. Dus vol je vrij je eigen kruisjes te zetten en rond te sturen.

Mvg,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 15 mei 2020 18:29
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@pamm.nl>; (10)(2e)@gmail.com' <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e). (10)(2e) <(10)(2e)@erasmusmc.nl>; (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@erasmusmc.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@sanquin.nl>; (10)(2e)' <(10)(2e)@mumc.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@etz.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)@lumc.nl; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: update taskforce serologie en herinnering aan verzoek tot komen tot finaal doc as maandag

Beste allen,

Naar mijn mening bleek uit onze uitwisselingen van de afgelopen weken dat er geen consensus is over het advies of, als onderdeel van nationaal testbeleid, serologie breed ingezet moet gaan worden. Dat bleek ook weer afgelopen maandag. De discussie over breed inzetten van serologie daar waar maatschappelijke behoefte bestaat (zorg mw a 700k mensen, maar ook politie, leraren etc.) speelde zich mijns inziens voornamelijk af rond de vraag of dit zinvol is. Als Taskforce hebben we dat altijd opgehangen aan "of er bepaalde acties volgen uit een neg vs pos uitslag" en de discussie centreerden zich hierbij voornamelijk rond de vraag of er enige mate van immuniteit zal zijn waarbij we het wel eens

zijn dat dit voor dit nieuwe virus nog niet vast staat. Inmiddels wordt de druk om te testen uit maatschappelijke behoefte (of die nu rationeel is of niet) steeds groter **en is het iets wat, als ik de signalen vanuit diverse MMLs hoor, sowieso gaat gebeuren/dan wel al gebeurt.**

-De situatie nu is dat voor serologisch testen vanuit die maatschappelijke behoefte geen kits uit de Wantai voorraad beschikbaar gesteld worden. Als ziekenhuizen, instellingen dit wel willen doen dan kunnen de labs die die vraag krijgen wel degelijk die serologie aanbieden en bv zelf bij de reguliere leverancier Wantai kits kopen.

-de vraag is nu: is serologie om tegemoet te komen aan de maatschappelijke behoefte wel/niet onderdeel van nationaal testbeleid en dus wel/niet iets dat nationaal geborgd dient te worden (bv met levering vanuit veiliggestelde nationale voorraden)? Dit is een beleidsvraag waarbij de beslissing bij VWS ligt. Bijgevoegde notitie is daartoe vandaag naar VWS gegaan. Om tot een beslissing te komen is het mogelijk dat VWS de beslissing laat afhangen van adviezen, oa vanuit het OMT (-infectie preventie). Met het oog op dit laatste is het stuk vanuit de Taskforce opgesteld door Marion met de opmerkingen van Marjolein van belang. Dit stuk dient dan als onderbouwing voor de potentiële keuze om bepaalde maatschappelijke groepen wel (in dit geval zorgmw) onderdeel van nationaal beleid te maken en andere niet.

Dus..... verzoek is aan **ieder** om *uiterlijk maandag expliciet aan te geven of je akkoord bent met het stuk van* (10)(2e) / (10)(2e) *dan wel precies en puntegewijs aangeven op welke onderdelen niet en waarom.* Ik verzamel dat en maak er dan een, al dan niet consensus, stuk van dat naar VWS dan wel OMT kan vanuit de TAskforce. Het stuk met initieel commentaar van een aantal en met indicatiestellingen vanuit Marjolijn ook bijgevoegd.

Meer informatie over de setting waar deze discussie zich nu in afspeelt ook in bijgevoegde notitie. Deze notitie is opgesteld naar aanleiding van discussies met VWS vanochtend.

Dan als laatste: wat duidelijk moet zijn is dat er op dit moment in principe GEEN belemmeringen zijn voor labs om sero-diagnostiek aan te bieden aan instellingen die hun medewerkers willen laten testen. (Dit is van belang voor de medische labs ook omdat het aanbiedersveld dreigt te verschuiven naar klinisch chemische labs die dat grootschalig willen gaan aanbieden). Wat nu "on hold" staat is of labs voor deze activiteit kits kunnen afnemen uit nationale voorraad. VWS is gevraagd om hier snel over te beslissen.

Hartelijke groeten (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@pamm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 11:13
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)@gmail.com' <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@erasmusmc.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@erasmusmc.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@sanquin.nl>; (10)(2e))' <(10)(2e)@mumc.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@etz.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)@lumc.nl; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Samenvatting overleg vanochtend en volgende actie punt.

beste allen

Volgens mij is het nog te vroeg om nu al de conclusie te trekken dat we op de inzet van serologie in specifieke groepen geen gehele consensus weten te krijgen

Ik denk dat we onszelf dan ook te kort doen, vind persoonlijk dat we al heel veel bereikt hebben in deze taskforce. Mijn voorzet indicatiestellingen is een concept, wellicht als we het wat minder specifiek maken wel beter hanteerbaar.

Het stuk van (10)(2e) aangaande zorgprofessionals is wat mij betreft compleet en zou als onderlegger kunnen gelden voor toewijzing wantai kits aan, te beginnen de vvt sectoren.

en (10)(2e) zou ik graag willen complementeren met haar rol van voorzitter. Ik vind dat je dat fantastisch doet

gr

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 21:22
Aan: (10)(2e)@gmail.com'; (10)(2e). (10)(2e); (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e), (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)'; (10)(2e), (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)@lumc.nl; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: Samenvatting overleg vanochtend en volgende actie punt.

Beste allen,

Nogmaals dank voor jullie tijd en bijdrage vanochtend.

hierbij een samenvatting van wat we vanochtend besproken hebben. Onderaan heb ik in geel gehighlighted als voorstel voor eerstvolgende vervolgstap die ik voor me zie. Mijn inschatting is dat er geen gehele consensus bereikt zal worden over inzet serologie voor specifieke groepen (laatste bullet bij laatste kopje). Ik stel voor dat eenieder uitgaande van document van (10)(2e) met aanvullingen van (10)(2e) schriftelijk aangeeft op welke punten men het niet eens is, problemen ziet en waarom. Deze punten verzamel ik dan ook en voeg ik toe aan het document. Daarbij kunnen we aangeven dat er binnen de Taskforce op een aantal punten geen consensus bestaat. Vraag wordt wat volgende stap dan wordt, naar OMT?

gr (10)(2e)

-delen rapportages validatie/evaluatie van serologische testen in Nederlandse laboratoria.

Er is besloten om de rapportages zonder de lab-specifieke bijlagen breed te delen met vermelding van de bijdragende laboratoria. Dit is inclusief WHO, ECDC, EC.

De data-bijdragende laboratoria krijgen wel de rapportage met de lab-specifieke bijlagen met expliciete verzoek niet verder te delen.

Voor bovenstaande besluiten wordt aan de data-bijdragende labs toestemming gevraagd.

-Serologie markt in Nederland.

De Taskforce is van mening dat het op dit moment niet nodig is om het aanbod van serologie testen in Nederland centraal te reguleren. De

Nederlandse laboratoria vertegenwoordigen een professioneel netwerk dat in goed overleg met aanbieders van testen en via onderlinge uitwisseling van data in staat is om in de huidige markt efficiënt goede diagnostiek van verschillende aanbieders te implementeren.

-Kwaliteitscontrole serologie in Nederland.

De taskforce stelt vast dat het helaas in Nederland mogelijk is dat buiten de context van een medisch microbiologisch laboratorium serologie aangeboden wordt in de vorm van onbetrouwbare sneltesten, bijvoorbeeld het aanbieden van serologische sneltest door een reisorganisatie in een Amsterdams hotel.

De Taskforce ziet geen rol voor zichzelf om een overzicht te krijgen van deze praktijken, deze rol ligt bij de IGJ. De risico's van dergelijke praktijken ("schijnveiligheid" door onbetrouwbaarheid testen en opsenstaande vragen over mate en lengte van immuniteit) zijn reeds uitvoerig benoemd in diverse stukken van de Taskforce.

De Taskforce acht het niet zinvol om, in analogie aan de uitrol van PCR-diagnostiek in Nederland, een eerste set serologische uitslagen van laboratoria te laten bevestigen in één van de twee centrale laboratoria alvorens serologische diagnostiek "officieel" kan worden aangeboden.

-Centrale aanschaf serologische testen.

Op dit moment ziet de Taskforce geen noodzaak tot centrale aanschaf van een nieuwe batch serologische testen. De Taskforce stelt voor om dit half Juni opnieuw te bekijken en wel om de volgende redenen:

-zicht te krijgen op de daadwerkelijke vraag naar serologie ten behoeve van de patiëntenzorg, mn ook uit huisartsenpraktijken en de verpleeghuiszorg worden nu ook aanvragen voorzien. Hoe snel wordt de Wantai voorraad uitgeput?

-meer zicht te krijgen op de betrouwbaarheid van andere serologische testen die op de markt komen. Dit gaat met name om auto-analyser testen die bij voorkeur op veel laboratoria high-through put uitgevoerd worden. Op dit moment zijn deze nog onvoldoende bekeken om vast te stellen of ze betrouwbaar genoeg zijn (de eerste testen waren pas eind April op de markt).

-Zicht te krijgen op verbruik huidige voorraad Wantai tbv studies. Daarvoor is deze week een uitvraag gedaan, resultaten worden volgende week verzameld.

-in het licht van deze twee punten zou dan op basis van de inventarisaties van serologie systemen in Nederland door McKinsey, in samenspraak met leveranciers bekeken kunnen worden of er leverantieproblemen verwacht worden voor de gebruikte auto-analyser systemen in Nederland.

-Inzet serologie in Nederland.

-De taskforce signaleert een toenemende behoefte aan serologie bepalingen niet alleen voor patiëntenzorg vanuit de ziekenhuizen maar ook vanuit de huisartsen en verpleegtehuizen. Hiervoor dient voldoende serologie beschikbaar te zijn. Half juni zal bekeken worden samen met LCH of hier alsnog problemen te verwachten zijn wanneer meer bekend is over bruikbaarheid en leverantiemogelijkheden andere serologische testen.

-Daarnaast bestaat er een toenemende behoefte aan het serologisch testen van specifieke doelgroepen zoals mantelzorgers, zorgmedewerkers (mn verpleeghuizen) en mogelijk hoog risico contacten van bewezen COVID-9 patiënten. Deze vraag is gerelateerd aan het verbinden van mogelijke tijdelijke en partiele immuniteit aan het doormaken van een infectie en daaraan te koppelen maatregelen. Er bestaat op dit moment binnen de Taskforce geen consensus over het gebruik van serologie voor het doeleinde van het koppelen van doorgemaakte infectie aan immuniteit en daarmee aan specifieke maatregelen. Daarnaast worden eventuele ethische en psychische aspecten van een dergelijke inzet van serologie gezien maar advisering hierover valt buiten expertise terrein Taskforce.

Het voorstel is het volgende: uitgaande van het document van (10)(2e) (10)(2e), aangevuld met specifieke aspecten vanuit de huisartsenpraktijk door (10)(2e) (10)(2e) zal ieder lid van de Taskforce gevraagd worden om zo specifiek mogelijk, punt voor punt aan te geven, waar men het niet mee eens is in dit document en dan vooral ook waarom. Het document zal dan samen met de expliciet te benoemen punten waar verdeeldheid over bestaat opgeleverd worden[CR1]. Het positiestuk dat door de Nederlandse vereniging voor immunologie geschreven is stelt overigens ook dat het geen zin heeft om individueel te testen als nog niet duidelijk is was de betekenis hiervan is met betrekking tot bescherming.

Aan landelijk OMT voorleggen?

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/21/2020 9:01:16 AM
Subject: RE: openstaande punten voor de website
Received: Thur 5/21/2020 9:01:17 AM

(10)(2e) nog bedankt voor je uitleg over het onderliggende concept! Ik had natuurlijk meer moeten uitzoeken/navragen waar die schaal precies voor staat, maar ja in de haast was ik gewoon maar snel een tekstje gaan typen.
(10)(2e), heb je nu een volledige tekst voor dat stukje?
Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: woensdag 20 mei 2020 23:23
To: (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
Cc: (10)(2e); ; (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
Subject: RE: openstaande punten voor de website

Op send gedrukt, was nog niet klaar:
Dus de tekst van (10)(2e) klinkt goed alleen de eerste zin om te duiden wat de strekking is niet helemaal zoals het construct bedoelt is denk ik. Hoe ik die procedurele rechtvaardigheid lees is de mate waarin in de ogen van de burger, de overheid juiste en eerlijke en weloverwogen beslissingen neemt met de beste intenties. Dat is net wat anders dan dat de respondenten de waarden proberen te duiden die bij de overheid een rol gespeeld kunnen hebben. Het gaat om de percepties van de burgers over de eerlijkheid en rechtvaardigheid van de manier waarop het overheid het beleid opstelt.

Met hartelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

---

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) | (10)(2e)
RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij | Corona Gedragsunit – wetenschappelijke basis
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven / Postbus 1 (postbak (10)(2e) | 3720 BA Bilthoven
T +31 (10)(2e) (secretariaat) | M +31 6 (10)(2e) | E (10)(2e) @rivm.nl | Tw @ (10)(2e)
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: woensdag 20 mei 2020 23:18
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: openstaande punten voor de website

Handig om even uit te leggen wat het schaaltje betekent. Hier wat tekst:
Procedural justice (or procedural fairness) is defined as the fairness of processes used by those in positions of authority to reach specific outcomes or decisions. Existing research concludes that when citizens make overall judgments about the legitimacy of those in positions of authority (otherwise known as power holders), they are more concerned about procedural fairness (how they are treated) than they are about the outcome of the encounter.

Met hartelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

---

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) | (10)(2e)
RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij | Corona Gedragsunit – wetenschappelijke basis
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven / Postbus 1 (postba (10)(2e) | 3720 BA Bilthoven

T +31 (10)(2e) (secretariaat) | M +31 6 (10)(2e) | E (10)(2e)@rivm.nl | Tw @ (10)(2e)
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

From: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 23:03
To: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: openstaande punten voor de website

Met dank aan (10)(2e):
Hier een kort stukje bij de figuur over procedurele rechtvaardigheid (punt 2 uit de mail van (10)(2e)). Niet bijster spannend opgeschreven, maar dit is feitelijk wat eruit kwam.

Aan de ondervraagden zijn tien stellingen voorgelegd over uitgangpunten en waarden die bij de Nederlandse overheid een rol gespeeld kunnen hebben bij het bepalen van de corona-maatregelen. De uitspraak dat de Nederlandse overheid haar best doet het goede te doen krijgt de meeste steun (92%). De minste steun krijgt de stelling dat de Nederlandse overheid rekening houdt met verschillende meningen van mensen (63%).

From: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 22:25
To: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: openstaande punten voor de website

Pakken jullie de andere dingen wel op?
NB bij verbetering van het nieuwsbericht: volgens mij moet 96 95 zijn, 81 -82 en minimaal 10 keer meer dan 10 keer toch?

(10)(2e)
(10)(2e) voedselconsumptiepeiling - Afdeling Voeding en Gezondheid
http://wateetnederland.nl
(10)(2e) van vragenlijstonderzoek naar gedrag en welzijn tijdens de coronapandemie - Corona Gedragsunit
https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag
RIVM
Adres: Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
tel: +31 6 (10)(2e)
e-mail: (10)(2e)@rivm.nl
twitter: @ (10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 22:20
To: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: openstaande punten voor de website

Ik hang nu met (10)(2e) aan de lijn.
Conclusie: alle zinnen waar achter staat [niet in figuur] moeten eruit. Dit heb ik gisteravond gedaan en voorgelegd als suggestie aangezien er de hele tijd om cijfers werd gevraagd. Naast dat er uit vermoeidheid ook een overtyp fout in zit, heb ik dit blijkbaar vanochtend met een verkeerde copy paste onder handen wassen geschaard terwijl dit hoort bij 1,5 meter afstand. Dus goed dat je het checkt (10)(2e) Jammer dat het ook in nieuwsbericht is beland. (10)(2e) stuurt zo een verbetering tav nieuwsbericht.

From: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 22:08
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e)@rivm.nl>

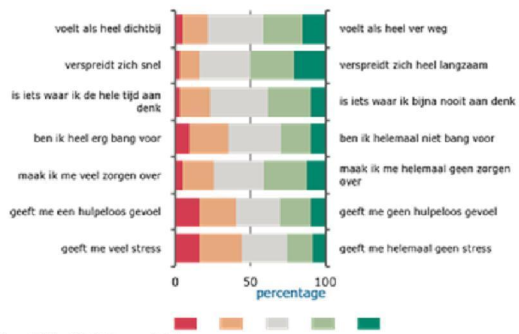
Subject: openstaande punten voor de website

Beste (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Voor de afronding van de website heb ik nog een aantal belangrijke vragen:

1. De beschrijving/duiding bij dit figuur:

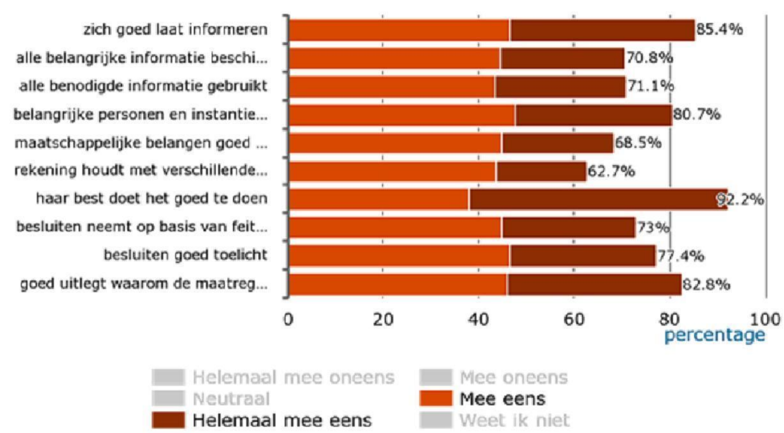
Stellingen: Corona ...



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.9.0

2. De beschrijving/duiding bij dit figuur

Bij het bepalen van de corona-maatregelen denk ik dat de Nederlandse overheid ...



Bron: RIVM, figuur w2.10.0

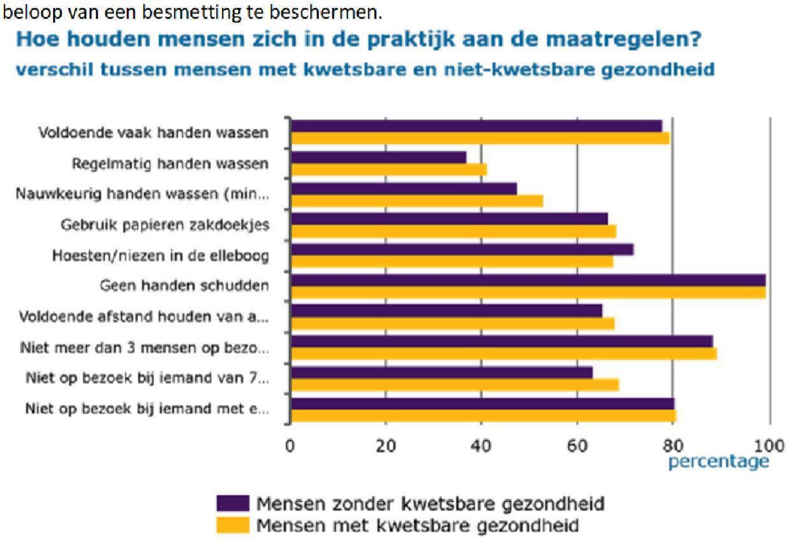
3. Ik probeer te checken of de uitspraken in de nieuwsberichten stafen met wat we nu op de website aan het bouwen zijn. Kan iemand mij hierbij helpen.

   a. We hebben in de tekst nu een figuur staan met kwetsbaren en niet kwetsbaren, is dat nog relevant?

Verschil tussen mensen met kwetsbare gezondheid en niet kwetsbare gezondheid

We zien we dat de groep met een kwetsbare gezondheid vaker rapporteert dat zij frequent (d.w.z. > 10 keer per dag) handen hebben gewassen dan de niet kwetsbare groep (41% versus 37%). Oudere mensen doen het hier beter dan jongere mensen. Van de mensen die ouder zijn dan 70 jaar lukt dit in gemiddeld 72% van de gevallen, terwijl bij de jongeren (16-24 jaar) dit in gemiddeld 65% van de gevallen lukt [niet in figuur]. Kijken we naast de leeftijd ook naar een kwetsbare gezondheid dan zien we dat mensen met een kwetsbare gezondheid het iets

beter lijken te doen dan de mensen zonder een kwetsbare gezondheid (respectievelijk gemiddeld 68% versus 65%), dit geldt zowel voor degenen die ouder zijn dan 70 jaar als de personen die jonger zijn dan 70 jaar [niet in figuur]. Zowel mensen met een kwetsbare gezondheid en hogere leeftijd vermijden vaker bezoek aan 70-plussers en bezoek aan mensen met gezondheidsproblemen. Het lijkt er dus op dat de mensen die zelf het meeste risico lopen, de maatregelen strakker opvolgen en meer geneigd zijn om anderen met hoger risico op een ernstig beloop van een besmetting te beschermen.



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.1.1

B het nieuwsbericht gaat verder en helpen om hierin mee te denken waar ik deze punten zie, of wat er nog moet komen om dit erop te zetten?

- Mensen die zelf het meeste risico lopen op een besmetting met het nieuwe coronavirus, zijn meer geneigd de coronamaatregelen op te volgen. Dat zelfde geldt voor mensen die zich bedreigd voelen door het nieuwe coronavirus.
- *Waar staat dit? Of hoe kunnen we dit zichtbaar maken of rapporteren.*

- Mensen met een kwetsbare gezondheid laten vaker weten dat ze zich aan de hygiëne- en afstandmaatregelen houden dan mensen zonder onderliggende gezondheidsproblemen. Bij de naleving van frequent handen wassen (minimaal 10x per dag) wordt duidelijk dat ouderen (70plus) vaker aangeven hieraan te voldoen dan jongeren (72% versus 65%). Datzelfde zien we bij mensen met een kwetsbare gezondheid versus gezonde mensen (68% versus 65%) Het lijkt er op de mensen die zelf het meeste risico lopen, de maatregelen strakker volgen.

Waar staat dit? Of hoe kunnen we dit zichtbaar maken of rapporteren?

- De uitkomsten laten zien dat mensen die zich bedreigd voelen door het virus en daar bezorgd over zijn, de gedragsadviezen nauwkeuriger opvolgen. Mensen die aangeven vertrouwen te hebben in de effectiviteit van de maatregelen en aangeven dat zij zelf die ook goed uit kunnen voeren, laten drie weken later ook een hogere mate van opvolgen van de maatregelen zien. Dit is in lijn met belangrijke gedragsmodellen die aangeven dat mensen beter met bedreigingen weten om te gaan, als ze weten wat ze moeten doen en er vertrouwen in hebben dat dit werkt. Deze gedragsmodellen lijken bruikbaar om gedrag te begrijpen.

Waar staat dit of hoe kunnen we dit zichtbaar maken?

4. (10)(2e) *jij hebt nog een deel aangeleverd over eenzaamheid en sociale contacten. Mij lukt dat zo niet 1,2,3 om dat te integreren met het stuk wat er al lag. Wat stel je voor? Anders kunnen we er ook voor kiezen om dat deel volgende week erbij te zetten.*

Groetjes (10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e) voedselconsumptiepeiling - Afdeling Voeding en Gezondheid
http://wateetnederland.nl
(10)(2e) van vragenlijstonderzoek naar gedrag en welzijn tijdens de coronapandemie - Corona

Gedragsunit
https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag
RIVM
Adres: Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
tel: +31 6 (10)(2e)
e-mail: (10)(2e) @rivm.nl
twitter: @ (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Thur 5/21/2020 7:11:22 AM
Subject: RE: openstaande punten voor de website
Received: Thur 5/21/2020 7:11:24 AM
Resultaten 2e ronde gedragsonderzoek RIVM.pdf
Tekst website ronde 2 2020-05-20 samenvoeging v5.docx

Beste (10)(2e)
Ik zal kijken of ik zo voldoende input heb. Dat met eenzaamheid heb ik al iets mee gedaan.
Dus het handigst is naar een schone versie te kijken. Zo gauw ik die heb stuur ik die.
Wil je nu al kijken: word versie: en pdf van de website (ook te vinden op R:\Projecten\E131036 Onderzoek Corona Gedragsunit\2. Uitvoering\2.5 Werkpakketten\WP3\3d rapportage\website\ronde 2
Groetjes caroline

(10)(2e)
(10)(2e) voedselconsumptiepeiling - Afdeling Voeding en Gezondheid
http://wateetnederland.nl
(10)(2e) van vragenlijstonderzoek naar gedrag en welzijn tijdens de coronapandemie - Corona Gedragsunit
https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag
RIVM
Adres: Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
tel: +31 6 (10)(2e)
e-mail: (10)(2e) @rivm.nl
twitter: @ (10)(2e)

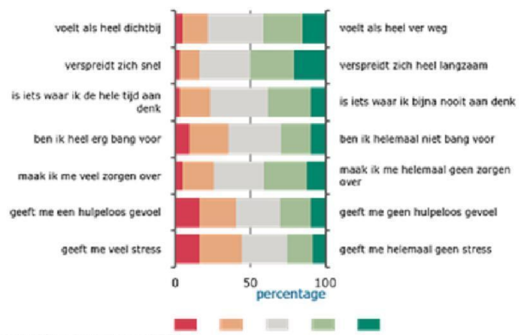
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: donderdag 21 mei 2020 08:08
To: (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e)
Cc: (10)(2e) ; ; (10)(2e) (10)(2e)
Subject: RE: openstaande punten voor de website

Hi (10)(2e)
Goede heldere vragen, dank ! Zie onder
Met hartelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

De mate waarin het virus mensen affectief (?emotioneel?) beïnvloed, is hieronder weergegeven. We zien hier dat tussen de ?25 en 45%? Van de mensen zegt dat het virus iets is waar ze (heel) veel aan denken, bang voor zijn, zich zorgen over maken en dat ze heel veel stress en een hulpeloos gevoel geeft. De emotionele reactie die mensen rapporteerden op de 1e vragenlijst, blijkt het opvolgen van de maatregelen op deze 2e meting te voorspellen (het volgen van de hygiene en 1.5 meter afstand adviezen, en de regel om niet ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid te bezoeken).
[dat laatste komt uit de regressie: die opmerkingen kan ook toegevoegd worden voor risico perceptie ('een hogere risico perceptie voorspelt het meer opvolgen van de hygiene maatregelen en het niet bezoeken van ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid], effectiviteit maatregelen [die voorspellen hygiene, niet kwetsbare en ouderen bezoeken, en 1.5 m afstand houden], en ditto voor de eigen effectiviteit: de maatregelen moeilijk/makkelijk vinden om uit te voeren]

1. De beschrijving/duiding bij dit figuur:

Stellingen: Corona ...

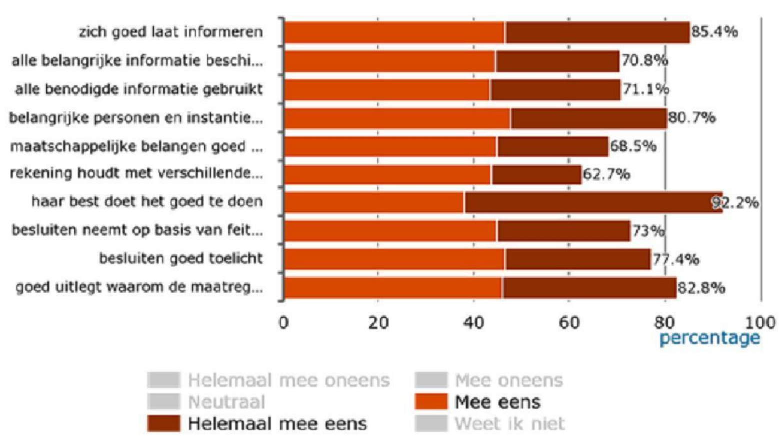


Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.9.0

2. De beschrijving/duiding bij dit figuur

Deze heb ik gisteravond gedaan

Bij het bepalen van de corona-maatregelen denk ik dat de Nederlandse overheid ...



Bron: RIVM, figuur w2.10.0

3. Ik probeer te checken of de uitspraken in de nieuwsberichten stafen met wat we nu op de website aan het bouwen zijn. Kan iemand mij hierbij helpen.

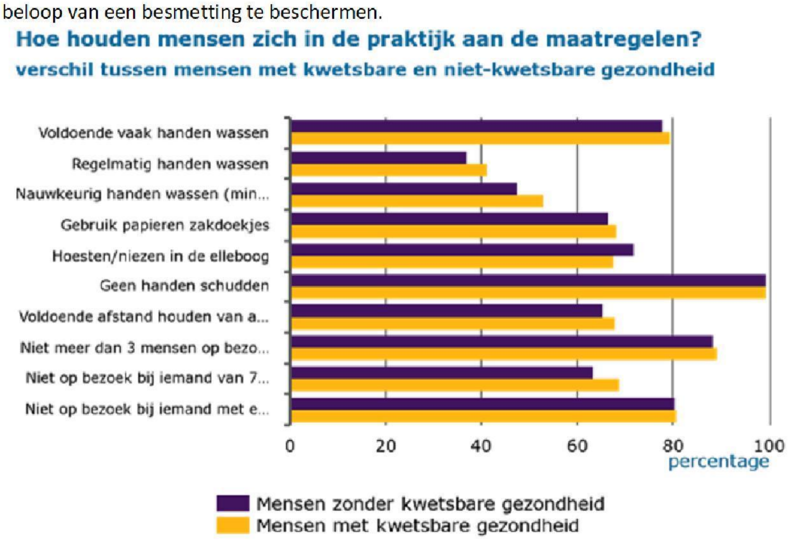
   a. We hebben in de tekst nu een figuur staan met kwetsbaren en niet kwetsbaren, is dat nog relevant?

Ik denk het niet per se eigenlijk. Ik denk dat we de regressie output voor transparantie op onze website moeten zetten. Ik heb de concrete percentages uit het nieuwsbericht ronom dit onderwerp verwijderd omdat ze niet klopten. En dat stukje vervangen door de 1.5 m afstand houden dat mensen minder vaak lukt.

Verschil tussen mensen met kwetsbare gezondheid en niet kwetsbare gezondheid

We zien we dat de groep met een kwetsbare gezondheid vaker rapporteert dat zij frequent (d.w.z. > 10 keer per dag) handen hebben gewassen dan de niet kwetsbare groep (41% versus 37%). Oudere mensen doen het hier beter dan jongere mensen. Van de mensen die ouder zijn dan 70 jaar lukt dit in gemiddeld 72% van de gevallen, terwijl bij de jongeren (16-24 jaar) dit in gemiddeld 65% van de gevallen lukt [niet in figuur]. Kijken we naast de leeftijd ook naar een kwetsbare gezondheid dan zien we dat mensen met een kwetsbare gezondheid het iets beter lijken te doen dan de mensen zonder een kwetsbare gezondheid (respectievelijk gemiddeld 68% versus

65%), dit geldt zowel voor degenen die ouder zijn dan 70 jaar als de personen die jonger zijn dan 70 jaar [niet in figuur]. Zowel mensen met een kwetsbare gezondheid en hogere leeftijd vermijden vaker bezoek aan 70-plussers en bezoek aan mensen met gezondheidsproblemen. Het lijkt er dus op dat de mensen die zelf het meeste risico lopen, de maatregelen strakker opvolgen en meer geneigd zijn om anderen met hoger risico op een ernstig beloop van een besmetting te beschermen.



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.1.1

B het nieuwsbericht gaat verder en helpen om hierin mee te denken waar ik deze punten zie, of wat er nog moet komen om dit erop te zetten?

- Mensen die zelf het meeste risico lopen op een besmetting met het nieuwe coronavirus, zijn meer geneigd de coronamaatregelen op te volgen. Dat zelfde geldt voor mensen die zich bedreigd voelen door het nieuwe coronavirus.
- *Waar staat dit? Of hoe kunnen we dit zichtbaar maken of rapporteren.*

Dat laatste is de emotionele/affectieve respons boven aan de pagina. Maar let op: onze afhankelijke variabelen in die regressie zijn: a) hygiene (samengestelde maat van handen wassen, goed wassen, zakdoek, elleboog), b) ouderen en kwetsbare persoon bezicht: nee/ja (dus ook een combinatie maat), en c) 1.5 meter afstand houden (gemiddelede score die nu volgens mij ook in de plaatjes staan). Ik denk dat we beter een cleane output van de regressie kunnen maken en die op onze website kunnen zetten.

- Mensen met een kwetsbare gezondheid laten vaker weten dat ze zich aan de hygiëne- en afstandmaatregelen houden dan mensen zonder onderliggende gezondheidsproblemen. Bij de naleving van frequent handen wassen (minimaal 10x per dag) wordt duidelijk dat ouderen (70plus) vaker aangeven hieraan te voldoen dan jongeren (72% versus 65%). Datzelfde zien we bij mensen met een kwetsbare gezondheid versus gezonde mensen (68% versus 65%) Het lijkt er op de mensen die zelf het meeste risico lopen, de maatregelen strakker volgen.

Waar staat dit? Of hoe kunnen we dit zichtbaar maken of rapporteren?

Ik denk dat dit ergens in de werkdruk bij iemand een verwarring is geweest. Heb ik uit het niuwsbericht gehaald, ik forward het je hierna. Het was middernacht toen ik dat met (10)(2e) had opgelost.

- De uitkomsten laten zien dat mensen die zich bedreigd voelen door het virus en daar bezorgd over zijn, de gedragsadviezen nauwkeuriger opvolgen. Mensen die aangeven vertrouwen te hebben in de effectiviteit van de maatregelen en aangeven dat zij zelf die ook goed uit kunnen voeren, laten drie weken later ook een hogere mate van opvolgen van de maatregelen zien. Dit is in lijn met belangrijke gedragsmodellen die aangeven dat mensen beter met bedreigingen weten om te gaan, als ze weten wat ze moeten doen en er vertrouwen in hebben dat dit werkt. Deze gedragsmodellen lijken bruikbaar om gedrag te begrijpen.

Waar staat dit of hoe kunnen we dit zichtbaar maken?

Dit komt weer uit de regressie analyse. Ik denk dat we de meer informatieve analyses niet moeten doodslaan door ze in simpele plaatjes te willen vangen, net als jij ongewtijfeld. Het OMT publiceert ook niet de modellen. Maar ik denk dat we dit dus goed in tekst bij onze figuren kunnen zetten (zie eerdere tekst suggesties over regressie

analyse resultaten bij risico perceptie, affectieve respons, effect maatregelen, eigen effectiviteit). En dat we dan zsm een goede spss output begin komende week op de website mikken.

4. (10)(2e) *jij hebt nog een deel aangeleverd over eenzaamheid en sociale contacten. Mij lukt dat zo niet 1,2,3 om dat te integreren met het stuk wat er al lag. Wat stel je voor? Anders kunnen we er ook voor kiezen om dat deel volgende week erbij te zetten.*

Kan je ajb vandaag het hele verhaal nog sturen en mij even appen (en dit stukje er even in laten)? Als ik dan even een uurtje heb, ga ik even door het geheel en kan ik dit eventueel nog integreren. Ik hoop stiekem dat Reint Jan hier vandaag een uurtje voor heeft, maar hij is ook druk met de vragenlijst

Groetjes (10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e) voedselconsumptiepeiling - Afdeling Voeding en Gezondheid
http://wateetnederland.nl
(10)(2e) van vragenlijstonderzoek naar gedrag en welzijn tijdens de coronapandemie - Corona Gedragsunit
https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag
RIVM
Adres: Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
tel: +31 6 (10)(2e)
e-mail: (10)(2e) @rivm.nl
twitter: @ (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e)@ssi.dk]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e)@dtu.dk]; (10)(2e) [(10)(2e)@dtu.dk]; (10)(2e) (10)(2e) @sund.ku.dk]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/18/2020 2:14:24 PM
Subject: RE: COVID -19 - numbers for COVID
Received: Mon 5/18/2020 2:14:24 PM
Backer_CovidContactSurvey_medRxiv_18052020.pdf
S1_contact_matrices.tsv

Dear (10)(2e)
Thank you for the update from Denmark, the situation with you is very informative for all the decisions about slowly lifting measures here. Last week has been unexpectedly horribly busy, apologies for not getting into contact sooner. We have completed a preprint on the observed contact patterns in the Netherlands before and after the lockdown (see attachment). Hopefully soon on (10)(2g) Not sure if this is of any immediate use to you; we found it useful to calculate our way out.
Best
(10)(2e)

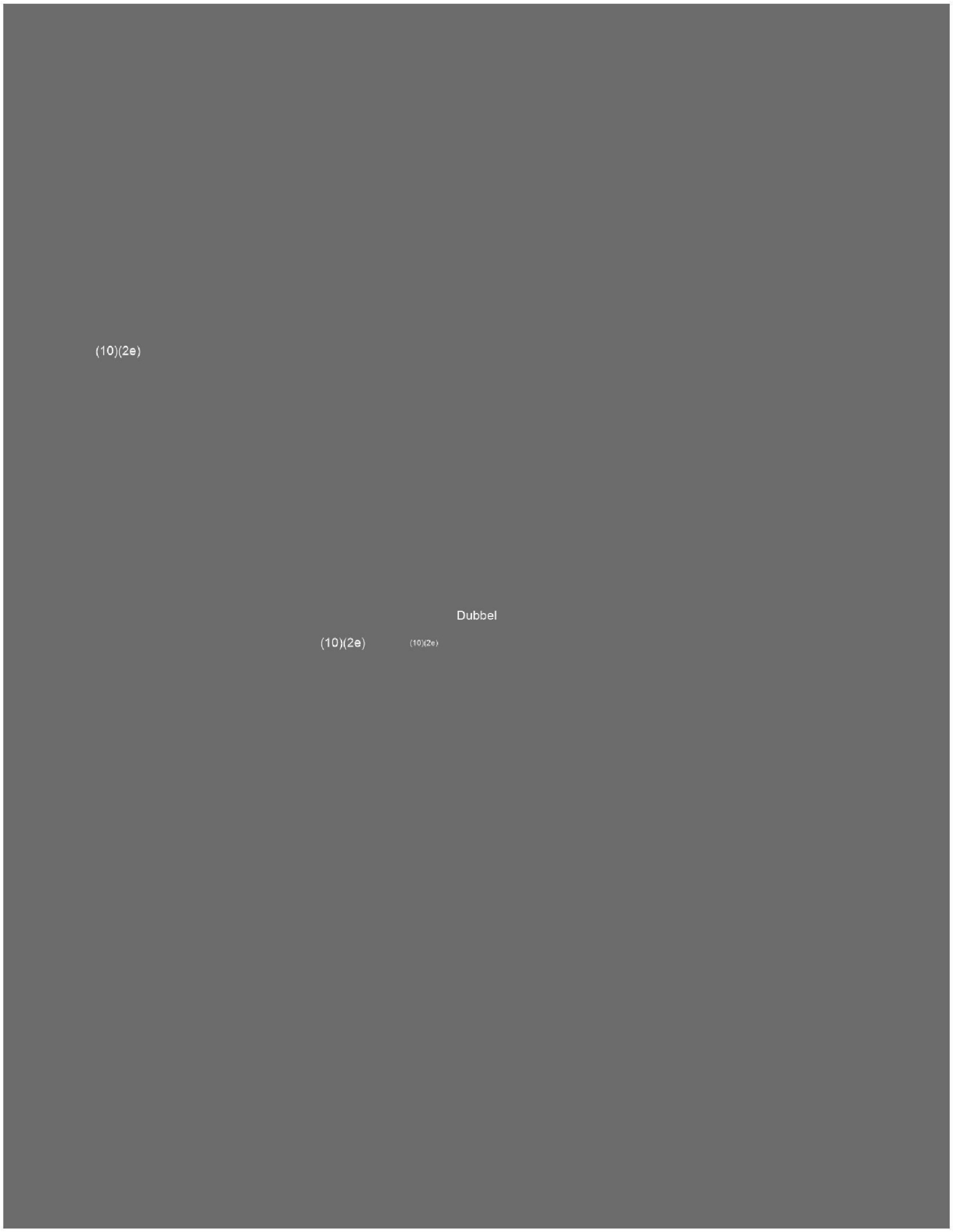
(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)


(10)(2e)
Dubbel
(10)(2e)
(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @mindef.nl[(10)(2e) @mindef.nl]; (10)(2e) @biotrack.nl[(10)(2e) @biotrack.nl]; (10)(2e) @mindef.nl[(10)(2e) @mindef.nl]; (10)(2e) @mindef.nl[(10)(2e) @mindef.nl]; (10)(2e) @amsterdamumc.nl[(10)(2e) @amsterdamumc.nl]; (10)(2e) @biotrack.nl[(10)(2e) @biotrack.nl]
Cc: (10)(2e) @mindef.nl[(10)(2e) @mindef.nl]
From: (10)(2e) @mindef.nl
Sent: Mon 5/11/2020 11:53:49 AM
Subject: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020
Received: Mon 5/11/2020 11:54:04 AM

We kunnen combineren, via MS teams?

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 14:16
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) KAP, Ing., CLAS/OOCL/400GNKBAT/STOSTCIE/BATST/MEDSTGP < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) @biotrack.nl; (10)(2e) (10)(2e) LKOL, Drs. Arts, CLAS/ST CLAS/DIR P&O/AFD GZHZ/GEREEDST < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) KLTZ (AR), CZSK/P&O/GPZ/SMD < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) @amsterdamumc.nl; (10)(2e) @biotrack.nl
Cc: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/FHP < (10)(2e) @mindef.nl>
Subject: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Hoi,

Ja er is OMT en dat loopt altijd gigantisch uit tot in de middag.

Maar waarom niet gewoon een go-to-meeting? Met goede vergaderdiscipline moet dat mogelijk zijn? Dat scheelt weer reistijd ook ivm OMT. 10 mensen heb je een grote zaal nodig..

Hartelijke groeten (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 13:52
To: (10)(2e) @mindef.nl' < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) @biotrack.nl; (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) @amsterdamumc.nl; (10)(2e) @biotrack.nl; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) @mindef.nl
Subject: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Dag,

(10)(2e) stond niet in cc, dus haar er nu bij.

Vrijdag 15 mei middag zou ik kunnen, afhankelijk van aanrijtijd. Ik blok even vanaf 2 uur middag. Ik dacht dat er ook OMT is op vrijdag, dat kan voor (10)(2e) dan een probleem zijn om naar Ermelo te gaan. @ (10)(2e) weet jij al wanneer OMT gaat plaatsvinden?

Voor die tijd:

1. Gecorrigeerd en geaccordeerde gegevens van Dolfijn beschikbaar; hoor graag wat daar aan onze kant nog mee moet. Misschien alle ruwe ongekoppelde data?
2. Uitkomst van de 4 garden en bevroren keel/neusmonsters voor op Biotrack die we gestuurd hebben. Of heb ik de email waar de resultaten in staan gemist? Zou zomaar kunnen *
3. Eerste EDTA bloedjes FFX zijn er, nog afspreken wat we naast dit bloed ook meesturen. Keel en neusmonsters is afhankelijk van uitkomsten bullet 2. Serum voor op POCT serologie test.
4. Blijft POCT serologie de Biozek nu er negatieve publiciteit over is?

Ben erg benieuwd naar resultaten Biotrack en eventuele confirmatie met PCR op bloed, waar we dan in rol in kunnen spelen.

Met vriendelijke groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) @mindef.nl < (10)(2e) @mindef.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 11:43
To: (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) @biotrack.nl; (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @amsterdamumc.nl; (10)(2e) @biotrack.nl
Cc: (10)(2e) @mindef.nl
Subject: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Allen,

Ik kan op de kazerne te Ermelo een hele grote zaal regelen waar we met 10 mensen verantwoord bij elkaar kunnen komen.

Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI < (10)(2e) @mindef.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 10:29
To: (10)(2e) < (10)(2e) @biotrack.nl>; (10)(2e) KAP, Ing., CLAS/OOCL/400GNKBAT/STOSTCIE/BATST/MEDSTGP < (10)(2e) @mindef.nl> (10)(2e) LKOL, Drs. Arts, CLAS/ST CLAS/DIR P&O/AFD GZHZ/GEREEDST < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) KLTZ (AR), CZSK/P&O/GPZ/SMD < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) @rivm.nl; (10)(2e) @amsterdamumc.nl; (10)(2e) | Biotrack < (10)(2e) @biotrack.nl>
Cc: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/FHP < (10)(2e) @mindef.nl>
Subject: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Hmm dan worden het er nu 10 mensen, die kan ik niet kwijt denk ik

From: (10)(2e) < (10)(2e) @biotrack.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 10:17
To: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) KAP, Ing., CLAS/OOCL/400GNKBAT/STOSTCIE/BATST/MEDSTGP < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) LKOL, Drs. Arts, CLAS/ST CLAS/DIR P&O/AFD GZHZ/GEREEDST < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) KLTZ (AR), CZSK/P&O/GPZ/SMD < (10)(2e) @mindef.nl>; (10)(2e) @rivm.nl; (10)(2e) @amsterdamumc.nl; (10)(2e) | Biotrack < (10)(2e) @biotrack.nl>
Cc: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/FHP < (10)(2e) @mindef.nl>
Subject: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Beste Allen,

Wat ons betreft is vrijdag a.s. prima.

Locatie en tijd is voor ons vrij te kiezen

Vanuit BioTrack zullen wij (10)(2e) en (10)(2e) fysiek aanwezig zijn.

Met vriendelijke groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) @mindef.nl [(10)(2e) @mindef.nl]
Verzonden: Friday, May 08, 2020 9:18 AM
Aan: (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) @mindef.nl; (10)(2e) @rivm.nl; (10)(2e) < (10)(2e) @biotrack.nl>; (10)(2e) @amsterdamumc.nl
CC: (10)(2e) @mindef.nl
Onderwerp: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Beste allen
Dan blijft nu vrijdag over , hopelijk kan (10)(2e) of (10)(2e) en (10)(2e) dan ook
Mijn voorkeur is fysiek maar anders moet ik teams opzetten gaan uitproberen, zou goed voor mijn digitale ontwikkeling zijn...
Dan graag zo dicht mogelijk bij Bilthoven anders zal RIVM zeker niet , of sowieso niet, fysiek aanw zijn.
We hebben een zaal 9 hier waar 1,5 meter net lukt met man of 7

Tijds voorkeur iemand?

From: (10)(2e) KAP, Ing., CLAS/OOCL/400GNKBAT/STOSTCIE/BATST/MEDSTGP <(10)(2e)@mindef.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 07:44
To: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI <(10)(2e)@mindef.nl>; (10)(2e) LKOL, Drs. Arts, CLAS/ST CLAS/DIR P&O/AFD GZHZ/GEREEDST <(10)(2e)@mindef.nl>; Wijnands, NW, KLTZ (AR), CZSK/P&O/GPZ/SMD <(10)(2e)@mindef.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@biotrack.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Cc: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/FHP <(10)(2e)@mindef.nl>
Subject: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Goedemorgen,

Aankomende week heb ik woensdagmiddag of vrijdag de hele dag ter beschikking.

Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI <(10)(2e)@mindef.nl>
Sent: donderdag 7 mei 2020 14:08
To: (10)(2e) KAP, Ing., CLAS/OOCL/400GNKBAT/STOSTCIE/BATST/MEDSTGP <(10)(2e)@mindef.nl>; (10)(2e) LKOL, Drs. Arts, CLAS/ST CLAS/DIR P&O/AFD GZHZ/GEREEDST <(10)(2e)@mindef.nl>; (10)(2e) KLTZ (AR), CZSK/P&O/GPZ/SMD <(10)(2e)@mindef.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@biotrack.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Cc: Plat, MJ, Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/FHP <(10)(2e)@mindef.nl>
Subject: RE: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Beste allen
Kunnen we volgende week al dan niet in persona bij elkaar komen om de data door te nemen?
Mijn eerste indruk is dat regelmatig de biotrack correct waarneemt dat infectie heeft plaatsgevonden als je de serologie uitslagen in beschouwing neemt, al dan niet na 14 dagen ; terwijl de PCR dan niets ziet of zag?

Of deze eerste indruk ook is wat jullie zien ben ik benieuwd naar, tevens is het interessant het klin verloop erbij te weten.
Dus dat (10)(2e) deelneemt is nogal cruciaal lijkt mij.
Ik zal voor die tijd een aantal ja / nee hypothesen formuleren, die we als we het eens zijn statistisch kunnen onderzoeken met hulp van (10)(2e)
Tevens doemt de vraag op of we al dan niet apart van de grotere studie willen en mogen rapporteren; mogen ligt voor mij (10)(2e)

Ik hoor graag mvg (10)(2e)

From: (10)(2e) KAP, Ing., CLAS/OOCL/400GNKBAT/STOSTCIE/BATST/MEDSTGP <(10)(2e)@mindef.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 14:28
To: (10)(2e) Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI <(10)(2e)@mindef.nl>; (10)(2e) LKOL, Drs. Arts, CLAS/ST CLAS/DIR P&O/AFD GZHZ/GEREEDST <(10)(2e)@mindef.nl>; Wijnands, NW, KLTZ (AR), CZSK/P&O/GPZ/SMD <(10)(2e)@mindef.nl>

Subject: Totaal lab data DFYN 4-5-2020

Hallo (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

In bijlage mijn verzameling aan lab data van alle instituten.

Groet,

(10)(2e)

From: Wijnberg, ID, Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI <(10)(2e)@mindef.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 09:13
To: (10)(2e) KAP, Ing., CLAS/OOCL/400GNKBAT/STOSTCIE/BATST/MEDSTGP <(10)(2e)@mindef.nl>(10)(2e) LKOL, Drs. Arts, CLAS/ST CLAS/DIR P&O/AFD GZHZ/GEREEDST <(10)(2e)@mindef.nl>;(10)(2e) NW, KLTZ (AR), CZSK/P&O/GPZ/SMD <(10)(2e)@mindef.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@biotrack.nl>
Subject: FW: 20200422 Bijlage onderzoek toepasbaarheid sneltesten COVID-19.v6 met analyseplan

Dag Allen
Zie in de bijlage de info,
Als we alles verwerken volgt een en ander interpreteren, met erna een moment om samen te beslissen over includeren in groep 3 en 4 van het onderzoek of separaat rapporteren .

Mvg (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zondag 3 mei 2020 23:13
To: (10)(2e), Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI <(10)(2e)@mindef.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: 20200422 Bijlage onderzoek toepasbaarheid sneltesten COVID-19.v6 met analyseplan

Beste (10)(2e)

Hierbij de complete resultaten van de Dolfijn. Alle sera zijn getest met Wantai total Ig als meest sensitieve test. Alle sera zijn ook getest met VNT, eerste en tweede set op 90% remming, tweede set ook op 50%. Daardoor hogere titer, maar mogelijk minder specifiek. De Euroimmun is niet op de tweede set gedaan omdat minder gevoelig.

Graag zien we de set samen met de resultaten van de Biozek en Biotrack voor de eerste en tweede afname. Benieuwd of er nog meer van te maken is dan een rapport. Hoe publiceer je dit zonder het traceerbaar te laten zijn naar de Dolfijn?

Met vriendelijke groeten, mede namens (10)(2e) en (10)(2e),

(10)(2e)

From: (10)(2e)@mindef.nl <(10)(2e)@mindef.nl>
Sent: woensdag 29 april 2020 08:57
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: 20200422 Bijlage onderzoek toepasbaarheid sneltesten COVID-19.v6 met analyseplan

Dag (10)(2e)
Ik heb de laatste Dolfijn gegevens van RIVM nog niet gezien. Ik wilde bekijken hoe dat uitpakt en dan besluiten over onderstaande:
Het idee is dat we of ze includeren in de groepen 3 en 4 of alles apart beschrijven en proberen te publiceren.
Het delen wat er aan validatie gedaan is is prima maar onze validatie is juist in niet erg zieke groepen en niet zoals AMC en anderen gedaan hebben in ernstige zieken

Als we sera niet willen gebruiken voor opnw valideren biozek in deze groep :ook een optie (zie commentaar (10)(2e) maar dan moeten we bedenken hoe we dat verwerken in een evt publicatie.

Dus graag even bellen met ons 3 en tegelijk? Kan dat om 10.45? nu hoog bezoek nl

287759

Gr (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 29 april 2020 00:04
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; Wijnberg, ID, Dr., DOSCO/DGO/CEAG/EC/MBI <(10)(2e)@mindef.nl>
Subject: RE: 20200422 Bijlage onderzoek toepasbaarheid sneltesten COVID-19.v6 met analyseplan

En mijn bijdrage.

Wat halen we al aan gegevens uit Dolfyn? Kan dat sturend zijn voor wat we in dit onderzoek verder te weten willen komen over Biozek en Biotrack? Kan er gedeeld worden wat er al gedaan is aan validatie Biotrack?

Mvg

(10)(2e)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

287761

Abbott

ID NOW™

COVID-19

PRODUCT INSERT

287761

ID NOW™ COVID-19 PRODUCT INSERT

For Use Under an Emergency Use Authorization (EUA) Only
For use with the ID NOW™ Instrument
For use with nasal, throat or nasopharyngeal specimens
For *in vitro* Use Only
℞ Only

INTENDED USE

ID NOW COVID-19 assay performed on the ID NOW Instrument is a rapid molecular *in vitro* diagnostic test utilizing an isothermal nucleic acid amplification technology intended for the qualitative detection of nucleic acid from the SARS-CoV-2 viral RNA in direct nasal, nasopharyngeal or throat swabs from individuals who are suspected of COVID-19 by their healthcare provider. Testing is authorized for laboratories certified under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), 42 U.S.C. §263a, to perform moderate complexity/high complexity tests. The ID NOW COVID-19 assay is also authorized to be distributed and used in patient care settings outside of the clinical laboratory environment.

Results are for the identification of SARS-CoV-2 RNA. The SARS-CoV-2RNA is generally detectable in respiratory samples during the acute phase of infection. Positive results are indicative of the presence of SARS-CoV-2 RNA; clinical correlation with patient history and other diagnostic information is necessary to determine patient infection status. Positive results do not rule out bacterial infection or co-infection with other viruses. Testing facilities within the United States and its territories are required to report all positive results to the appropriate public health authorities.

Negative results do not preclude SARS-CoV-2 infection and should not be used as the sole basis for patient management decisions. Negative results must be combined with clinical observations, patient history, and epidemiological information.

The ID NOW COVID-19 test is intended for use by medical professionals or trained operators who are proficient in performing tests using the ID NOW Instrument. The ID NOW COVID-19 test is only for use under the Food and Drug Administration's Emergency Use Authorization.

SUMMARY and EXPLANATION of the TEST

An outbreak of respiratory illness of unknown etiology in Wuhan City, Hubei Province, China was initially reported to WHO on December 31, 2019.[1] Chinese authorities identified a novel coronavirus (2019-nCoV), which has resulted in thousands of confirmed human infections in multiple provinces throughout China and in several Southeast Asian countries, Europe and more recently the United States. Cases of severe illness and deaths have been reported. The International Committee for Taxonomy of Viruses (ICTV) renamed the virus SARS-CoV-2.[2]

ID NOW COVID-19 is a rapid (13 minutes or less), instrument-based isothermal test for the qualitative detection and diagnosis of SARS-CoV-2 from nasal, nasopharyngeal and throat swabs. The ID NOW Instrument has a small footprint and easy to use graphical user interface for convenience within a busy hospital or near patient testing environments. The ID NOW COVID-19 kit contains all components required to carry out an assay for SARS-CoV-2 on the ID NOW Instrument.

PRINCIPLES of the PROCEDURE

ID NOW COVID-19 is an automated assay that utilizes isothermal nucleic acid amplification technology for the qualitative detection of SARS-CoV-2 viral nucleic acids. It is comprised of a Sample Receiver, containing elution/lysis buffer, a Test Base, comprising two sealed reaction tubes, each containing a lyophilized pellet, a Transfer Cartridge for transfer of the eluted sample to the Test Base, and the ID NOW Instrument.

The reaction tubes in the Test Base contain the reagents required for amplification of SARS-CoV-2, as well as an internal control. The templates (similar to primers) designed to target SARS-CoV-2 RNA amplify a unique region of the RdRp segment. Fluorescently-labeled molecular beacons are used to specifically identify each of the amplified RNA targets.

To perform the assay, the Sample Receiver and Test Base are inserted into the ID NOW Instrument. The sample is added to the Sample Receiver and transferred via the Transfer Cartridge to the Test Base, initiating target amplification. Heating, mixing and detection are provided by the instrument.

287761

REAGENTS and MATERIALS

Materials Provided

BASE	**Test Bases:** Orange plastic components containing two reaction tubes of lyophilized reagents for the targeted amplification of SARS-CoV-2 viral RNA and an internal control.
RCVR	**Sample Receivers:** Blue plastic components containing 2.5 mL of elution buffer.
CARTRDG	**Transfer Cartridges:** White plastic components used to transfer 2 x 100 µL of sample extract from the Sample Receiver to the Test Base.

Patient Swabs: Sterile swabs (foam) for use with the ID NOW COVID-19 Test.

Positive Control Swab: The positive control swab ensures sample elution/lysis and workflow were performed correctly.

Negative Control Swab: The negative control swab ensures appropriate negative results are obtained.

Package Insert

Quick Reference Instructions

Materials Required but not Provided

ID NOW Instrument

Nasopharyngeal Swabs

PRECAUTIONS

1. For *in vitro* diagnostic use.
2. For use under an Emergency Use Authorization Only.
3. Federal Law restricts this device to sale by or on the order of a licensed practitioner (US only).
4. Laboratories within the United States and its territories are required to report all positive results to the appropriate public health laboratories.
5. To be used in conjunction with the ID NOW Instrument.
6. Treat all specimens as potentially infectious. Follow universal precautions when handling samples, this kit and its contents.
7. Proper sample collection, storage and transport are essential for correct results.
8. Leave test pieces sealed in their foil pouches until just before use.
9. Do not tamper with test pieces prior to or after use.
10. Do not use kit past its expiration date.
11. Do not mix components from different kit lots or from other ID NOW assays.
12. Solutions used to make the control swabs are inactivated using standard methods. However, patient samples, controls, and test pieces should be handled as though they could transmit disease. Observe established precautions against microbial hazards during use and disposal.
13. **If any assay components are dropped, cracked, found to be damaged or opened when received, DO NOT USE and discard. Do not use scissors or sharp objects to open foil pouches as damage to test pieces can occur.**
14. Do not open the Sample Receiver before placing in the instrument. It will prohibit the Elution Buffer from reaching temperature and may impact test performance.
15. If the Sample Receiver is spilled while opening, clean the instrument per instructions provided in the instrument User Manual and cancel test. Repeat test with a new Sample Receiver.
16. All test pieces must be removed from the instrument according to removal instructions displayed on the instrument and disposed of according to country and local requirements. **Pieces must not be separated once they are assembled**.
17. All test pieces are single use items. Do not use with multiple specimens.

287761

18. Once reacted, the Test Base contains large amounts of amplified target (Amplicon). **Do not disassemble the Test Base and Transfer Cartridge**. In the case of a positive sample, this could lead to amplicon leakage and potential ID NOW COVID-19 false positive test results.
19. At a low frequency, clinical samples can contain inhibitors that may generate invalid results. Site to site invalid rates may vary.
20. Due to the high sensitivity of the assays run on the instrument, contamination of the work area with previous positive samples may cause false positive results. Handle samples according to standard laboratory practices. Clean instruments and surrounding surfaces according to instructions provided in the cleaning section of the instrument User Manual. Refer to Section 1.6, Maintenance & Cleaning, for further information.

STORAGE and STABILITY

Store kit at 2-30°C. The ID NOW COVID-19 kit is stable until the expiration date marked on the outer packaging and containers. Ensure all test components are at room temperature before use.

QUALITY CONTROL

ID NOW COVID-19 has built-in procedural controls. The result of the Procedural Control is displayed on the screen and is automatically stored in the instrument with each test result. This can be reviewed later by selecting Review Memory on the instrument.

Procedural Controls:

ID NOW COVID-19 contains an internal control that has been designed to control for sample inhibition and assay reagent function. In positive samples where target amplification is strong, the internal control is ignored and the target amplification serves as the 'control' to confirm that the clinical sample was not inhibitory and that assay reagent performance was robust. At a very low frequency, clinical samples can contain inhibitors that may generate invalid results.

Procedural Control Valid displayed on the instrument screen indicates that the assay reagents maintained their functional integrity and the sample did not significantly inhibit assay performance.

External Positive and Negative Controls:

Good laboratory practice suggests the use of positive and negative controls to ensure that test reagents are working and that the test is correctly performed. ID NOW COVID-19 kits contain Positive and Negative Control Swabs. These swabs will monitor the entire assay. Test these swabs once with each new shipment received and once for each untrained operator. Further controls may be tested in order to conform with local, state and/or federal regulations, accrediting groups, or your lab's standard Quality Control procedures.

CONTROL SWAB PROCEDURE

External Positive and Negative Control swabs are provided and should be tested following the Run QC Test instructions on the ID NOW Instrument. Refer to Quality Control Swab Test Procedure or Instrument User Manual for further details.

Note: *The ID NOW Instrument reports QC results as Pass or Fail.*

If the correct control results are not obtained, do not perform patient tests or report patient results. Contact Technical Support during normal business hours before testing patient specimens.

SPECIMEN COLLECTION and HANDLING

Use freshly collected specimens for optimal test performance. Inadequate specimen collection or improper sample handling/storage/transport may yield erroneous results. Refer to the CDC Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/lab/guidelines-clinical-specimens.html

ID NOW COVID-19 is intended for testing a swab directly without elution in viral transport media as dilution will result in decreased detection of low positive samples that are near the limit of detection of the test.

Throat Swab

For optimal test performance, use the swabs provided in the test kit. Alternatively foam, polyester, HydraFlock® and nylon flocked throat swabs can be used to collect throat swab samples.

Rayon swabs are not suitable for use in this assay.

Collect patient specimen by swabbing the posterior pharynx, tonsils and other inflamed areas. Avoid touching the tongue, cheeks and teeth with the swab.[3]

Nasal Swab

For optimal test performance, use the swabs provided in the test kit. Alternatively, rayon, foam, HydraFlock® Flocked swab (standard tip), HydraFlock® Flocked swab (mini tip), Copan Mini Tip Flocked Swab, or Copan Standard Flocked swabs can be used to collect nasal swab samples.

Puritan PurFlock Standard Tip Ultra Flocked Swabs, Puritan PurFlock Mini Tip Ultra Flocked Swabs and Copan Standard Rayon Tip Swabs are not suitable for use in this assay.

To collect a nasal swab sample, carefully insert the swab into the nostril exhibiting the most visible drainage, or the nostril that is most congested if drainage is not visible. Using gentle rotation, push the swab until resistance is met at the level of the turbinates (less than one inch into the nostril). Rotate the swab several times against the nasal wall then slowly remove from the nostril. Using the same swab, repeat sample collection in the other nostril.

Nasopharyngeal Swab

Use sterile rayon, foam, polyester or flocked flexible-shaft NP swabs to collect a nasopharyngeal sample.

To collect a nasopharyngeal swab sample, carefully insert the swab into the nostril exhibiting the most visible drainage, or the nostril that is most congested if drainage is not visible. Pass the swab directly backwards without tipping the swab head up or down. The nasal passage runs parallel to the floor, not parallel to the bridge of the nose. Using gentle rotation, insert the swab into the anterior nare parallel to the palate advancing the swab into the nasopharynx, leave in place for a few seconds, and then slowly rotate the swab as it is being withdrawn.

To ensure proper collection, the swab should be passed a distance that is halfway of that from the nose to the tip of the ear. This is about half the length of the swab. **DO NOT USE FORCE** while inserting the swab. The swab should travel smoothly with minimal resistance; if resistance is encountered, withdraw the swab a little bit without taking it out of the nostril. Then elevate the back of the swab and move it forward into the nasopharynx.

287761

SPECIMEN TRANSPORT and STORAGE

Direct nasal, throat or nasopharyngeal swabs should be tested as soon as possible after collection. If immediate testing is not possible, the nasal, throat or nasopharyngeal swab can be held in its original package at room temperature (15-30°C) for up to two (2) hours prior to testing. If a direct nasal, throat or nasopharyngeal swab specimen will be held longer than two (2) hours, it must be refrigerated at 2-8°C and tested within 24 hours from the time of sample collection.

TEST PROCEDURE

Please refer to the ID NOW Instrument User Manual for full instructions.

Before testing with ID NOW COVID-19:

- Allow all samples to reach room temperature.
- Allow all test pieces to reach room temperature.
- Check that a reagent pellet is visible at the bottom of the reaction tubes prior to inserting the Test Base in the ID NOW Instrument. Do not use the Test Base if a pellet is not visible at the bottom of each reaction tube.

To Perform a Test:

Step 1

Turn on the ID NOW Instrument - press the power button ⏻ on the side of the instrument.

Note: *If the unit is unattended for one hour, the instrument will go to a black screen power save mode. Touch the screen to return the unit to active display operation.*



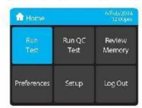
Enter User ID

Press '✔' after entry.



Touch 'Run Test'

This will begin the test process.



To Perform a Test:

Touch 'COVID-19 Test'

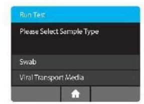
This starts a COVID-19 test.



Select Swab Sample Type (if prompted)

If the sample type has already been specified by the Admin, the instrument will automatically advance to the next step.

⚠ **Caution: VTM Samples are not an appropriate sample type for the ID NOW COVID-19 test.**



Enter Patient ID using on screen keyboard or barcode scanner.

Touch '✔'.

Verify that the ID was entered correctly, then touch '✔' to confirm entry.



287761

To Perform a Test:

Step 2

Open the Lid and Insert Orange Test Base into Orange Test Base holder

⚠ **Caution: Do not apply excessive force. Excessive force could damage the instrument.**

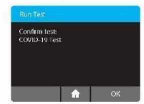




Confirm that the correct test is displayed on the screen.

Touch 'OK' to proceed.

⚠ **Caution: Once the Test Base has been placed in the holder, the user will have 10 minutes to confirm the test. If the test is not confirmed within 10 minutes, the instrument will time out and the Test Base must be removed and discarded.**



If the incorrect Test Base has been inserted, remove and dispose of the incorrect Test Base. Close the lid. The instrument will then run a self-test before proceeding to the Home screen. Press Run Test and restart the test using the correct Test Base.

To Perform a Test:

Step 3



Insert Blue Sample Receiver into the Blue Sample Receiver holder

⚠ Caution: Do not apply excessive force. Excessive force could damage the instrument.

⚠ Caution: Once the Sample Receiver has been placed in the holder, the user will have 10 minutes to start the test (Steps 3 through 5). If the test is not started within 10 minutes, the instrument will time out and all test pieces (Test Base and Sample Receiver) must be removed and discarded. The instrument will proceed to the Home screen. Press Run Test and restart the test using a new Test Base and Sample Receiver.



Wait for the Sample Receiver to Warm Up. Do not remove the Sample Receiver from the instrument once Warm Up begins.

⚠ Caution: DO NOT REMOVE THE FOIL SEAL UNTIL PROMPTED BY THE INSTRUMENT.
DO NOT close the lid or insert the sample until prompted by the instrument.

287761

To Perform a Test:

Step 4

Direct Nasal, Throat or Nasopharyngeal Swab Test Procedure

When prompted, remove the foil seal and place the patient swab to be tested into the Sample Receiver.



Vigorously mix the swab in the liquid for 10 seconds. Press the swab head against the side of the Sample Receiver as you mix it. This helps remove the sample from the swab. Once the swab is removed, touch 'OK' to proceed.



⚠ **Caution: To ensure that the Sample Receiver remains in the instrument while removing the foil seal, place two fingers along the outer edge of the Sample Receiver to hold it in place. If the Sample Receiver spills after warm up, cancel the test by pressing the Home button. Remove and discard the test pieces (Sample Receiver and Test Base) and clean the instrument. Press Run Test to start a new test using a new Test Base and Sample Receiver.**

Discard the swab.

To Perform a Test:

Step 5a

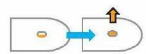
Press the White Transfer Cartridge into the Blue Sample Receiver

Listen for a click.

When the Transfer Cartridge is properly attached to the Sample Receiver, the orange indicator on the Transfer Cartridge will rise. If the orange indicator does not rise, continue pushing onto the Sample Receiver until it does.



⚠ **Caution: The orange indicator should be observed closely. If the orange indicator does not fully rise, the Transfer Cartridge may not collect enough sample.**



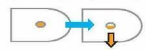
Step 5b

Lift and then connect the Transfer Cartridge to the Test Base

When the Transfer Cartridge is properly attached to the Test Base, the orange indicator on the Transfer Cartridge will descend. If the orange indicator does not descend, continue pushing onto the Test Base until it does.



⚠ **Caution: If the orange indicator does not fully descend, not enough sample will be dispensed. This may potentially result in invalid or false test results.**



To Perform a Test:

Step 6

Close the Lid.

DO NOT OPEN THE LID until the **Test Complete** message appears on the screen.

Note: *The test will be cancelled if the lid is opened.*





⚠ **Caution: This screen will be displayed for up to 30 seconds once the Transfer Cartridge is detected. If the instrument does not detect that the lid has been closed by then, it will time out and all test pieces (Sample Receiver, Test Base, and Transfer Cartridge) must be removed and discarded. The instrument will proceed to the Home screen. Collect a new sample from the patient. Press Run Test and restart the test using a new Test Base and Sample Receiver.**

⚠ **Caution: DO NOT OPEN THE LID. The test will be cancelled and all test pieces (Sample Receiver, Test Base, and Transfer Cartridge) must be removed and discarded. A test result will not be reported or saved in the instrument memory.**

When amplification and detection is complete, the instrument will automatically save the data before advancing to the results screen.

⚠ **Caution: The test is not saved until the completed result is displayed. Do not open the lid until the results are displayed.**



The **Test Results** screen displays either a Negative or Positive result for a successfully completed test. If a test error occurs, the display will read 'Invalid'. Refer to the Result Interpretation Section for Interpretation of Results.

Press Print to print test results, press New Test to run another test, Press Home to return to the Home screen



287761

To Perform a Test:

After printing, or if New Test or Home are selected, the instrument will prompt to open the lid and discard the used test pieces.



Remove test pieces by lifting the Transfer Cartridge attached to the Test Base, and clicking it into the Sample Receiver, by pressing into the Sample Receiver.

⚠ **Caution: Do not try to remove the Sample Receiver by any other method as there is a risk of spilling the patient sample.**

All test pieces will be connected and can now be removed from the instrument and disposed of according to federal, state and local regulations.



⚠ **Caution: DO NOT disassemble the Transfer Cartridge and the Test Base before disposal.**

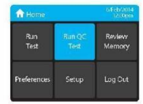
Close the lid. The instrument will then run a Self-Test before showing the Home screen or Enter Patient ID screen, depending on the previous selection.



Quality Control Swab Test Procedure

For QC testing, select Run QC Test on the Home screen, and follow the displayed instructions. Refer to Running a QC Test in the ID NOW Instrument User Manual for further details.

1 **Touch 'Run QC Test'**



2 **Touch 'COVID-19'**



3 **Select the QC Test to be Run**



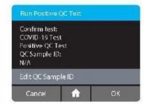
287761

4 **Confirm Test**

Confirm the test type to match the QC sample intended for testing by touching 'OK' and following the on screen prompts to complete testing.

The user has the option to enter an ID for the QC Sample being run.

Note: *The QC test is run in the same manner as a Direct Nasal/Throat/Nasopharyngeal Swab Patient Test. See the* ***To Perform a Test*** *section above for step by step instructions for direct nasal/throat/nasopharyngeal swab samples.*



287761

RESULT INTERPRETATION

When the test is complete, the results are clearly displayed on the instrument screen.

Instrument Display	Interpretation of Results and Follow-up Actions
	**COVID-19 Positive** Positive results do not rule out bacterial infection or co-infection with other viruses.
	**COVID-19 Negative** This result does not rule out co-infections with other pathogens.
	**The presence or absence of COVID-19 Viral RNAs cannot be determined.** Repeat testing of the sample using new test components. If repeated Invalid results are obtained, results should be confirmed by another method prior to reporting the results.

287761

If an Invalid result is received, one additional test may be run using the same Sample Receiver. The instructions below should be followed:

- Remove the connected Test Base and Transfer Cartridge from the instrument and connect the Test Base portion to an open, UNUSED Sample Receiver. The connected Test Base and Transfer Cartridge MUST be attached to a Sample Receiver prior to disposal. The Sample Receiver from a new Transfer Cartridge package may be used for this.
- Remove the blue Sample Receiver separately and carefully from the instrument. The Sample Receiver should be retained and kept upright to avoid spilling the liquid contents.
- From the Home Screen, start a new test. Follow the screen prompts; however, when asked to insert the Sample Receiver, reuse the Sample Receiver and DO NOT re-elute the swab.

LIMITATIONS

- The performance of the ID NOW COVID-19 was evaluated using the procedures provided in this product insert only. Modifications to these procedures may alter the performance of the test.
- False negative results may occur if a specimen is improperly collected, transported or handled. False negative results may also occur if amplification inhibitors are present in the specimen or if inadequate levels of viruses are present in the specimen.
- As with any molecular test, if the virus mutates in the target region, COVID-19 may not be detected or may be detected less predictably.
- The test cannot rule out diseases caused by other bacterial or viral pathogens.
- ID NOW COVID-19 is intended for testing a swab directly without elution in viral transport media as dilution will result in decreased detection of low positive samples that are near the limit of detection of the test.
- Swab samples eluted in VTM are not appropriate for use in this test.

287761

CONDITIONS OF AUTHORIZATION FOR LABORATORY AND PATIENT CARE SETTINGS

The ID NOW COVID-19 Letter of Authorization, along with the authorized Fact Sheet for Healthcare Providers, the authorized Fact Sheet for Patients, and authorized labeling are available on the FDA website: https://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/EmergencySituations/ucm161496.htm.

However, to assist clinical laboratories and patient care settings using the ID NOW COVID-19 ("your product" in the conditions below), the relevant Conditions of Authorization are listed below:

A. Authorized laboratories and patient care settings using your product will include with result reports of your product, all authorized Fact Sheets. Under exigent circumstances, other appropriate methods for disseminating these Fact Sheets may be used, which may include mass media.

B. Authorized laboratories and patient care settings using your product will use your product as outlined in the package insert. Deviations from the authorized procedures, including the authorized instruments, authorized extraction methods, authorized clinical specimen types, authorized control materials, authorized other ancillary reagents and authorized materials required to use your product are not permitted.

C. Authorized laboratories and patient care settings that receive your product will notify the relevant public health authorities of their intent to run your product prior to initiating testing.

D. Authorized laboratories and patient care settings using your product will have a process in place for reporting test results to healthcare providers and relevant public health authorities, as appropriate.

E. Authorized laboratories and patient care settings will collect information on the performance of your product and report to DMD/OHT7-OIR/OPEQ/CDRH (via email: CDRH-EUA-Reporting@fda.hhs.gov) and Abbott Diagnostics Scarborough, Inc. technical support (via email: ts.scr@abbott.com) any suspected occurrence of false positive or false negative results and significant deviations from the established performance characteristics of your product of which they become aware.

F. All operators using your product must be appropriately trained in performing and interpreting the results of your product, use appropriate personal protective equipment when handling this kit, and use your product in accordance with the authorized labeling.

G. You, authorized distributors, and authorized laboratories and patient care settings using your product will ensure that any records associated with this EUA are maintained until otherwise notified by FDA. Such records will be made available to FDA for inspection upon request.

[1] The letter of authorization refers to, "United States (U. S.) laboratories certified under the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), 42 U.S.C. §263a, to perform high and moderate complexity tests" as "authorized laboratories."

287761

PERFORMANCE CHARACTERISTICS

Clinical Study:

The performance of ID NOW COVID-19 was evaluated using contrived clinical nasopharyngeal (NP) swab specimens obtained from individuals with signs and symptoms of respiratory illness. The samples were prepared by spiking clinical NP swab matrix with purified viral RNA containing target sequences from the SARS-CoV-2 genome at concentrations approximately 2x LOD and 5x LOD. Negative NP swab samples were also tested in this study.

The table below presents ID NOW COVID-19 test agreement with the expected results by sample concentration.

ID NOW™ COVID-19 Test Agreement with the Expected Results by Sample Concentration

Target Concentration	Number Concordant/ Number Tested	% Agreement [95% CI]
2X LOD	20/20	100% [83.9% - 100%]
5X LOD	10/10	100% [72.3% - 100%]
Negative	30/30	100% [88.7% - 100%]

ANALYTICAL STUDIES:

Analytical Sensitivity (Limit of Detection)

ID NOW COVID-19 limit of detection (LOD) in natural nasopharyngeal swab matrix was determined by evaluating different concentrations of purified viral RNA containing target sequences from the SARS-CoV-2 genome.

Presumed negative natural nasopharyngeal swab specimens were eluted in ID NOW COVID-19 elution buffer. Swab elutes were combined and mixed thoroughly to create a clinical matrix pool to be used as the diluent. Viral RNA was diluted in this natural nasopharyngeal matrix pool to generate virus dilutions for testing.

287761

The LOD was determined as the lowest concentration that was detected ≥ 95% of the time (i.e., concentration at which at least 19 out of 20 replicates tested positive).

The confirmed LOD in natural nasopharyngeal swab matrix is presented in the table below:

Limit of Detection (LOD) Study Results

Virus	Claimed LOD (Genome Equivalents/mL)	Positive/Replicates
SARS-CoV-2 RNA	125	19/20

Analytical Reactivity (Inclusivity)

Due to the limited availability of SARS-CoV-2 isolates for inclusivity testing, an alignment was performed with the oligonucleotide primer and probe sequences of the ID NOW COVID-19 assay with all publicly available nucleic acid sequences for the 2019-nCoV in public databases (NCBI and Genbank) to demonstrate the predicted inclusivity of the ID NOW COVID-19 assay. All of the alignments show 100% identity of the ID NOW COVID-19 to the available SARS-CoV-2 sequences as of March 20, 2020.

Analytical Specificity (Cross Reactivity)

An *in silico* analysis for possible cross-reactions with all the organisms listed in the table below was conducted by mapping primers and probes of the ID NOW COVID-19 target nucleic acid sequence to the sequences download from the NCBI Genbank and GISAID databases.

The ID NOW COVID-19 assay, designed for the specific detection of SARS-CoV-2, showed no significant combined homologies with human genome, other coronaviruses, or human microflora that would predict potential ID NOW COVID-19 false results.

287761

ID NOW™ COVID-19 Analytical Specificity Microorganisms

Microorganisms from the Same Genetic Family	High Priority Organisms
Human coronavirus 229E	Human adenovirus A
Human coronavirus OC43	Human adenovirus B
Human coronavirus HKU1	Human adenovirus B1
Human coronavirus NL63	Human adenovirus C
SARS-coronavirus	Human adenovirus D
MERS-coronavirus	Human adenovirus E
	Human adenovirus F
	Human adenovirus G
	Human adenovirus 7
	Human adenovirus 8
	Human metapneumovirus (hMPV)
	Human parainfluenza virus 1 - 4
	Influenza A
	Influenza B
	Enterovirus A-L
	Human respiratory syncytial virus
	Rhinovirus A - C
	Chlamydia pneumoniae
	Haemophilus influenzae

Microorganisms from the Same Genetic Family	High Priority Organisms
	Legionella pneumophila
	Mycobacterium tuberculosis
	Streptococcus pneumoniae
	Streptococcus pyogenes
	Bordetella pertussis
	Mycoplasma pneumoniae
	Pneumocystis jiroveci (PJP)
	Candida albicans
	Pseudomonas aeruginosa
	Staphylococcus epidermis
	Staphylococcus salivarius (Rhodotorula mucilaginosa)
	Streptococcus salivarius

287761

SYMBOLS

Fragile, handle with care	BASE Test Base	CARTRDG Transfer Cartridge
RCVR Sample Receiver	Rx Only Prescription Only (Applies to US only)	Caution, consult accompanying documents.

287761

ORDERING and CONTACT INFORMATION

Reorder numbers:

190-000: ID NOW COVID-19 Test Kit

190-080: ID NOW COVID-19 External Control Kit

US +1 877 441 7440

Technical Support Advice Line

Further information can be obtained by contacting Technical Support on:

US
+1 855 731 2288 ts.scr@abbott.com

REFERENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html. Accessed February 9, 2020.
2. bioRxiv. (https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.02.07.937862v1). Accessed March 3, 2020.
3. Manual of Clinical Microbiology, 11th Edition, Vol. 1, ASM. (2015) pg. 279.

287761

287761

287761

Abbott

Abbott Diagnostics Scarborough, Inc.
10 Southgate Road
Scarborough, Maine 04074 USA
www.abbott.com/poct

IVD

IN190000 Rev.3 2020/04

287761

Abbott ID NOW COVID-19 PI **Size:** 8.5 in x 5.5 in	**Printed Colors** CMYK **Incoming Inspection Colors** **(For Reference Only)** **Colors below are not used for printing** PMS 2995 U Primary Blue PMS 224 U Magenta-Pink PMS 308 U Dark Blue	**PN:** IN190000 **Rev:** 3 **Date of Last Revision:** 3.1 2020/04/15

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: Servicedesk - Research 2Evolve
Sent: Fri 5/29/2020 7:12:39 AM
Subject: RE: Graag antwoord
Received: Fri 5/29/2020 7:12:47 AM

Dank je.
Met vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e)

Van: (10)(2e)
Verzonden: vrijdag 29 mei 2020 09:11
Aan: Servicedesk - Research 2Evolve
Onderwerp: RE: Graag antwoord

Hi,
Om de vragenlijst kort te houden krijgt niet iedereen alle vragen. Andere deelnemers krijgen weer vragen over andere onderwerpen. Dat kan de reden zijn dat u vragen over dit onderwerp niet heeft gezien.
Groetjes (10)(2e)
Eventueel hier een lijstje met antwoorden die bij ons infopunt liggen:

Q en A's ten behoeve van de 3ᵉ ronde van de vragenlijst gedragsmaatregelen

Wat is het doel van dit onderzoek?

Op dit moment hebben we in Nederland te maken met een uitbraak van het coronavirus. De overheid heeft daarom maatregelen getroffen, die invloed hebben op uw dagelijks leven. Het doel van het onderzoek is om beter inzicht te krijgen in hoe mensen omgaan met de adviezen en maatregelen om de coronacrisis te bestrijden. Wat vinden mensen van deze maatregelen? En hoe gaat het met mensen in deze tijden? De antwoorden zijn belangrijk voor het goed informeren van de Rijksoverheid en de regionale overheden in Nederland.

Door wie wordt dit onderzoek uitgevoerd?

Het gaat om een onderzoek van het RIVM en de GGD samen. De GGD'en in Nederland ondersteunen het RIVM, door hun panelleden uit te nodigen om mee te doen aan dit onderzoek. Hierin wordt het RIVM geadviseerd door een wetenschappelijke raad van experts uit het hele land.

Wat wordt er allemaal nagevraagd?

In het onderzoek wordt het volgende nagevraagd:

- Wat vinden mensen van de maatregelen om de verspreiding van het coronavirus tegen te gaan?
- In welke mate willen mensen die maatregelen opvolgen en lukt dat ook?
- Wat zijn de effecten van de maatregelen op het dagelijks leven en het welzijn van mensen?
- Waar halen mensen informatie over de coronacrisis vandaan?

Om de vragenlijst kort te houden, krijgt iedere deelnemer over een paar van deze onderwerpen vragen. Andere deelnemers krijgen weer vragen over de andere onderwerpen.

Wie kunnen er mee doen?

Dit onderzoek vindt iedere drie weken plaats. In de eerste ronde Van 17 april tot en met 24 april 2020 is samen met 21 GGD'en en via (social) media in heel Nederland bekendheid gegeven aan het onderzoek. Van 7 mei tot en met 12 mei is de 2ᵉ meting uitgevoerd. De 3ᵉ meting vindt plaats van 26 mei tot en met 1 juni. De 4ᵉ meting vindt over 3 weken plaats.

Hoeveel moeite kost het om de mee te doen?

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 15 minuten duren.
Om de vragenlijst kort te houden, krijgt u over een aantal van deze onderwerpen vragen. Andere deelnemers krijgen weer vragen over de andere onderwerpen. Alle deelnemers wordt gevraagd een aantal persoonlijke kenmerken zoals leeftijd, geslacht, woonsituatie en gezondheid in te vullen. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten, maar kan per persoon verschillen.

Meerdere rondes

Dit onderzoek vindt iedere drie weken plaats. Van 17 april tot en met 24 april 2020 is samen met 21 GGD'en en via (social) media in heel Nederland bekendheid gegeven aan het onderzoek. Van 7 mei tot en met 12 mei is de 2ᵉ meting uitgevoerd. De 3ᵉ meting vindt plaats van 26 mei tot en met 1 juni. De 4ᵉ meting vindt over 3 weken plaats.

Kan iedereen meedoen?

Tijdens de eerste ronde van het onderzoek zijn via de meeste GGD-en uitnodigingen verstuurd om mee te doen aan dit onderzoek. Daarnaast zijn ook social mediakanallen gebruikt. Voor de tweede ronde van het vragenlijstonderzoek zijn alleen de personen gevraagd die voor vervolgonderzoek mee wilden doen.
Tijdens deze derde ronde zullen de personen die mee doen aan het vervolgonderzoek een mail ontvangen met en link naar het onderzoek. Deze link is persoonlijk.

Daarnaast zullen een aantal GGDén ook weer uitnodigingen versturen. Ook sociale mediakanalen zullen worden gebruikt om mensen uit te nodigen.

Hoe meer mensen er mee doen des te beter beeld we krijgen. Op de site https://www.rivm.nl/onderzoek/gedrag/onderzoek-gedragsmaatregelen-en-welbevinden.

komt een link om mee te doen.

Goede link
Op https://www.rivm.nl/onderzoek/gedrag/onderzoek-gedragsmaatregelen-en-welbevinden.

komt een link om mee te doen.

Vragen over het onderzoek
Heeft u vragen over het onderzoek dan kunt u die stellen via info@rivm.nl.
Voor technische problemen kunt u contact opnemen met Research2Evolve. Dit kan via (10)(2e) @r2e.nl
Doen alle GGD-en hieraan mee?
De meeste GGD-en werken aan dit vragenlijstonderzoek mee. Niet iedere ronde zullen de GGD'en uitnodigingen hiervoor versturen. Een aantal GGDén zullen alleen social -media kanalen gebruiken.
Wie financieert het onderzoek

Dit onderzoek is tot stand gekomen met financiering van NWO Om beter inzicht te krijgen in de invloed van de maatregelen op het dagelijks leven en de mate waarin het lukt om de gedragsregels op te volgen is het samen met GGD Gemeentelijke Gezondheidsdienst 'en een vragenlijstonderzoek gestart. Dit onderzoek vindt iedere drie weken plaats. Van 17 april tot en met 24 april 2020 is samen met 21 GGD'en en via (social) media in heel Nederland bekendheid gegeven aan het onderzoek. Van 7 mei tot en met 12 mei is de 2e meting uitgevoerd. De 3e meting zal eind mei plaatsvinden. Om de vragenlijst kort te houden, hebben niet alle deelnemers alle vragen over de andere onderwerpen gekregen.

Dit onderzoek is tot stand gekomen met financiering van NWO Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek en ZonMw Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie en met advies van de Wetenschappelijke Adviesraad van de Corona Gedragsunit van het RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu .
Naast dit onderzoek wordt er ook op andere manieren onderzoek uitgevoerd vanuit de Gedragsunit van het RIVM om ook meer inzicht te krijgen in bevolkingsgroepen die niet of in mindere mate meedoen aan deze vragenlijsten.

Waar kan ik de resultaten vinden?
De resultaten vanuit het RIVM plaatsen wij op de website https://www.rivm.nl/onderzoek/gedrag/onderzoek-gedragsmaatregelen-en-welbevinden
Weet het RIVM en GGD dan wat ik invul?
Uw antwoorden worden anoniem verwerkt. Wij zorgen ervoor dat uw e-mailadres niet aan uw antwoorden gekoppeld kunnen worden. Wij volgen hierbij de privacy-maatregelen. https://www.rivm.nl/documenten/privacy-verklaring-onderzoek-gedragsunit
Aan het eind van de vragenlijst wordt wel gevraagd om uw emailadres maar die worden gebruikt om u eventueel uit te nodigen voor vervolgonderzoek.
Tips voor onderzoekers
Hartelijk dank dat u mee doet met het vragenlijstonderzoek en voor uw reactie. Wij zullen dit doorgeven aan collega's die dit onderzoek uitvoeren.
Waar gaat het onderzoek **niet** over
Het onderzoek gaat niet over of het mogelijk is om je te laten testen op Corona. Hiervoor zijn regels opgesteld door het Ministerie van VWS, in samenwerking met het RIVM en de GGD'en, waarbij advies is uitgebracht door het OMT. Voor het laatste nieuws rondom het testbeleid verwijzen we graag door naar; https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/wat-doen-we-in-nederland/testbeleid-nederland

(10)(2e)
(10)(2e) voedselconsumptiepeiling - Afdeling Voeding en Gezondheid
http://wateetnederland.nl
Werkpakketleider van vragenlijstonderzoek naar gedrag en welzijn tijdens de coronapandemie - Corona Gedragsunit
https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag
RIVM
Adres: Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
tel: +31 6 (10)(2e)
e-mail: (10)(2e) @rivm.nl
twitter: @ (10)(2e)

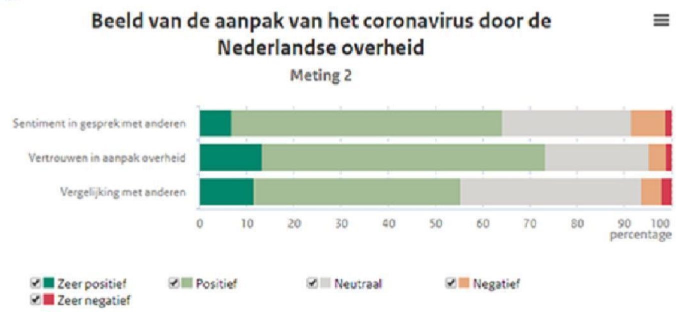
From: Servicedesk - Research 2Evolve <(10)(2e) @r2e.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 08:46
To: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Graag antwoord
Importance: High

Beste (10)(2e)
Kun je mij van een antwoord voorzien?
Dank je wel.

287767

Met vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e)
Van:
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 16:32
Aan: info@rivm.nl; Servicedesk - Research 2Evolve <(10)(2e)@r2e.nl>
Onderwerp: Onderzoek gedragsmaatregelen en welbevinden
Hallo,
Ik heb eerder de uitslagen bekeken van dit onderzoek. Daar zat steeds de grafiek bij die u hieronder ziet. Vandaag heb ik zelf meegedaan. Ik heb echter geen vragen hierover gezien. Hoe kan dit? Waar wordt onderstaande grafiek op gebaseerd?

Mvg,



19 mei 2020

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Status laboratorium opschaling voor moleculaire diagnostiek ten behoeve van SARS-CoV-2 detectie

Status per 18 mei 2020

19 mei 2020

Colofon

RIVM IDS
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
En andere medewerkers

Erasmus MC
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) – (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

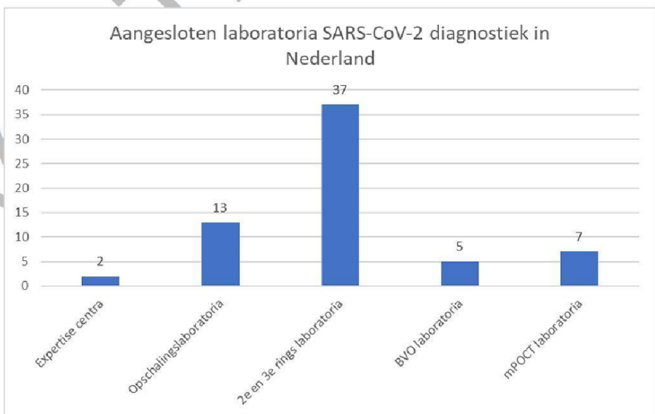
Contactpersonen:
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (auteur), RIVM
(10)(2e)@rivm.nl
030-(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (auteur), RIVM
(10)(2e)@rivm.nl
030-(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (initiator en supervisie), RIVM
(10)(2e)@rivm.nl
030(10)(2e)

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Het RIVM-IDS coördineert een netwerk van opschalingslaboratoria die aan bepaalde vooraf gestelde eisen moeten voldoen[1,2]. Bij een grote epidemie of pandemie kan dit netwerk ingeschakeld worden om de uitrol van diagnostiek voor te bereiden en de testcapaciteit te vergroten. Het RIVM doet dit vaak samen met een ander expertisecentrum in Nederland. Voor SARS-CoV-2 moleculaire diagnostiek is dit het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC). In het netwerk van opschalingslaboratoria (Engels: Outbreak Assistance Laboratories (OALs)) zijn voor SARS-CoV-2 moleculaire diagnostiek zijn 13 laboratoria vertegenwoordigd. Wordt een epidemie of pandemie zo groot in Nederland dat andere laboratoria ook moleculaire diagnostiek moeten kunnen aanbieden, dan wordt de diagnostiek ook naar andere laboratoria uitgerold. Eerst naar de laboratoria die al routinematig moleculaire diagnostiek in hun pakket hebben (2e ring) en vervolgens naar laboratoria die dit gaan implementeren, specifiek voor het pathogeen dat de epidemie of pandemie veroorzaakt. Voor SARS-CoV-2 moleculaire diagnostiek zijn dat op dit moment 37 2e en 3e rings laboratoria inclusief Sanquin NSS, WBVR Lelystad en GD dieren. Voor het vergroten van de Nederlandse testcapaciteit ten behoeve van SARS-CoV-2 moleculaire diagnostiek, zijn er vijf Bevolkingsonderzoeken laboratoria (BVO) aangesloten aan het netwerk, In verdere stukken van de rapportage zijn de BVO laboratoria bij het netwerk van 2e en 3e rings laboratoria gevoegd. Locaties die niet de beschikking hebben over een moleculair diagnostisch laboratorium, zijn door het beschikbaar komen en gebruik van een moleculaire Point-Of-Care-Test (mPOCT) toegevoegd aan de lijst van COVID-19 laboratoria. Deze worden apart weergegeven als mPOCT laboratoria, tot nu zijn dit er 7. Deze data is samengevat in Figuur 1. mPOCT wordt ook gebruikt door de al bekende laboratoria, en speciaal ingezet waar snelheid van diagnostiek urgent is voor triage en behandeling.



Figuur 1: Het aantal betrokken laboratoria met SARS-CoV-2 diagnostiek

De gestelde eisen voor een opschalingslab (Outbreak Assistance Laboratory) zijn[1,2]:

- 24 uur, 7 dagen per week beschikbaarheid
- Minimum capaciteit van 100 monsters per dag, gedurende 2 – 3 maanden
- De mogelijkheid tot het uitpakken van materialen die mogelijk een BSL-3 organisme bevatten
- Routine moleculaire diagnostiek faciliteit
- Gebruik van interne controle in routine moleculaire diagnostiek
- 8 uur doorlooptijd (24 uur in 2009 tijdens Influenza pandemie)
- Deelname aan (extra) kwaliteitsrondzendingen en het delen van resultaten

Voor het zelfstandig uitvoeren van SARS-CoV-2 diagnostiek, moeten de laboratoria aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Proficiency (EQA) panel testen met goed resultaat (validatie specificiteit en juiste detectie SARS-CoV-2)
- Runcontrole verdunningsreeksen (in later stadium van opschaling vervangen door sensitiviteitspanel) met goed resultaat (validatie van analytische sensitiviteit)
- Confirmatie van 5 positieve monsters en 10 negatieve monsters bij één van de expertise laboratoria (RIVM of Erasmus MC) met goed resultaat (beperkte klinische validatie)

Na het succesvol doorlopen van de drie validatiepunten, die ook voor eigen accreditatie gebruikt mogen worden, mag het laboratorium zelfstandig de diagnostiek uitvoeren.

Speciaal voor mPOCT laboratoria is de test gevalideerd voor de eerste twee punten door een beperkt aantal laboratoria[4]. De laboratoria die daarna gebruik gaan maken van de gevalideerde mPOCT kunnen voor implementatie van de test, volstaan met het testen van een verificatie panel met enkele monsters met verschillende concentraties geïnactiveerd virus. Dit spaart kostbare materialen en cartridges voor patiënten diagnostiek.

3 Panel, runcontroles en sensitiviteitspanel

Er zijn vier typen External Quality Assessment (EQA) panels gedistribueerd. Het eerste panel voor de opschalingslaboratoria bestaat uit 10 monsters met een samenstelling wat is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Samenstelling van panel 1 voor opschalingslaboratoria

Virus	Aard van materiaal*
Influenza virus A, H3N2	Heel virus
Influenza virus B, Victoria	Heel virus
Rhino virus A16	Heel virus
Corona virus OC42	Heel virus
Corona virus 229E	Heel virus
Corona virus NL63	Heel virus
SARS Corona virus 1	RNA; in drie verdunningen
Geen virus	MEM medium

* Matrix MEM medium met Hanks' zouten.

Het tweede panel voor de 2e en 3e rings laboratoria bestaat uit 10 monsters met een samenstelling wat is weergegeven in tabel 2.

Tabel 2. Samenstelling van panel 2 voor 2e en 3e rings laboratoria

Virus	Aard van materiaal*
Influenza virus A, H3N2	Heel virus
Influenza virus B, Victoria	Heel virus
Rhino virus A16	Heel virus
Corona virus OC42	Heel virus
Corona virus 229E	Heel virus
Corona virus NL63	Heel virus
SARS Corona virus 1	RNA
SARS Corona virus 2	RNA; in twee verdunningen
Geen virus	MEM medium

* Matrix MEM medium met Hanks' zouten.

Het derde panel, is samengesteld als overbruggingspanel, om laboratoria alsnog te kunnen voorzien van referentiematerialen tijdens de productie van panel 4. Het bestaat uit 10 monsters met een samenstelling wat is weergegeven in Tabel 3. Er zijn humane cellen toegevoegd voor PCR kits die een assay controle hebben op de aanwezigheid van humane cellen.

Tabel 3. Samenstelling van panel 3 voor 2e en 3e rings laboratoria

Virus	Aard van materiaal*
Influenza virus A, H3N2	Heel virus
Influenza virus B, Victoria	Heel virus
Rhino virus A16	Heel virus
Corona virus OC42	Heel virus
Corona virus 229E	Heel virus
Corona virus NL63	Heel virus
SARS Corona virus 1	RNA
SARS Corona virus 2	RNA; in twee verdunningen
Geen virus	MEM medium

* Matrix MEM medium met Hanks' zouten met 10,000 HEp2 cellen/ml

Het vierde panel is samengesteld als een geoptimaliseerde versie van panel drie, waar het SARS-CoV-2 RNA is vervangen door hitte geïnactiveerd heel virus. Het bestaat uit 10 monsters met een samenstelling wat is weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. Samenstelling van panel 4

Virus	Aard van materiaal*
Influenza virus A, H3N2	Heel virus
Influenza virus B, Victoria	Heel virus
Rhino virus A16	Heel virus
Corona virus OC42	Heel virus
Corona virus 229E	Heel virus
Corona virus NL63	Heel virus
SARS Corona virus 2	Heel virus; Hitte geïnactiveerd In drie verdunningen
Geen virus	MEM medium

* Matrix MEM medium met Hanks' zouten met 10,000 HEp2 cellen/ml

De positieve runcontrole was initieel SARS-CoV-1 RNA voor de opschalingslaboratoria. Later is naar alle laboratoria een runcontrole met SARS-CoV-2 RNA gedistribueerd zodra het virus beschikbaar kwam. De laboratoria werd verzocht het panel en een tienvoudige verdunningsreeks van de runcontroles met de Corman PCR[3] (E-gen en RdRP-gen) of eigen opgezette of commerciële PCR te testen. De positieve runcontrole bijgevoegd vanaf het vierde panel bevat (in hoge concentratie) heel hitte geïnactiveerd SARS-CoV-2 virus. Bij het vierde panel is een sensitiviteitspanel bijgevoegd, welke bestaat uit een tienvoudige verdunningsreeks van zeven monsters met hitte geïnactiveerd en intact SARS-CoV-2 virus in MEM met Hanks' zouten en 10,000 HEp2 cellen/ml. Het vierde panel, samen met de positieve runcontrole en sensitiviteitspanel is uitgebracht om de laboratoria te kunnen toetsen op de kwaliteit van extractie, dit panel is ook geschikt in all-in-one systemen. Tevens is er, ten behoeve van laboratoria welke een mPOCT op de Cepheid Xpert® Xpress SARS-CoV-2 cartridge (of andere mPOCT wanneer die beschikbaar komt) willen implementeren een verificatiepanel uitgebracht bestaande uit vier monsters zie tabel 5. Drie van deze monsters bestaan uit verschillende verdunningen van hitte geïnactiveerd SARS-CoV-2. Eén monster bevat geen virus[4].

3.1 Methode van scoren

3.1.1 *EQA panel SARS-CoV-2 RNA*

Voor het panel ontvangen de laboratoria een score van "valide" wanneer ze alle drie de monsters met SARS-CoV-1 of SARS-CoV-2 correct hebben aangemerkt als SARS-CoV bevattende monsters. Een score van "niet valide" wordt toegekend wanneer één of meer van de SARS-CoV-1 of SARS-CoV-2 bevattende monsters niet juist worden gedetecteerd door een laboratorium. Wanneer een laboratorium nog geen data heeft ingestuurd, ontvangt het de score "nog onbekend".

3.1.2 *Verdunningsreeksen runcontrole RNA*

De gemeten RCs verdunningsreeksen ontvangen een score van "goed" wanneer alle targets in de verdunningsreeksen minstens tot en met de 10^{-4} verdunning zijn gemeten. Dit is naar de maatstaf van de expertisecentra Erasmus MC en RIVM. Een score van "voldoende" wordt toegekend wanneer niet alle targets (E-gen en RdRp-gen) in de verdunningsreeks tot en met de 10^{-4} verdunning gemeten zijn, maar wel tot en met de 10^{-3} verdunning. Een score van "matig" wordt toegekend wanneer minstens één van de targets meetbaar was tot en met de 10^{-3} verdunning. Wanneer geen van de targets tot en met de 10^{-3} verdunning meetbaar is, scoren de laboratoria een onvoldoende. Wanneer een laboratorium nog geen data heeft ingestuurd, ontvangt het de score "nog onbekend". Voor zowel de OALs als de 2[e] en 3[e] ring zijn de scores apart toegekend voor de SARS-CoV-1 en SARS-CoV-2 run controles. De score is weergegeven in tabel 5.

Tabel 5. Een overzicht van de gegeven scores aan de hand van de hoogst gedetecteerde verdunningsgraad van de runcontrole van beide targetgenen

Score	E-gen	RdRP-gen
Goed	10^{-4} of lagere virale load meetbaar	10^{-4} of lagere virale load meetbaar
Voldoende	10^{-4}	10^{-3}
	10^{-3}	10^{-4}
	10^{-3}	10^{-3}
Matig	10^{-3}	10^{-2}
	10^{-2}	10^{-3}
Onvoldoende	10^{-2} of hogere virale load niet meetbaar	10^{-2} of hogere virale load niet meetbaar

3.1.3 *EQA panel SARS-CoV-2 heel virus*

Voor het panel ontvangen laboratoria een score van "valide" wanneer alle drie de SARS-CoV-2 bevattende monsters óf de twee SARS-CoV-2 bevattende monsters met de hogere virale loads correct zijn aangemerkt als SARS-CoV bevattende monsters. Er is ervoor gekozen om het SARS-CoV-2 bevattende monster met de laagste virale load als educatief meetbaar aan te merken, dit sample heeft een virale load wat op de LOD van de meeste testen ligt. Een score van "niet valide" wordt toegekend wanneer één of twee van de SARS-CoV-2 bevattende monsters met de hogere virale load foutief negatief wordt bevonden, of wanneer er foutief positieve monsters gemeten zijn. Wanneer laboratoria nog geen data heeft ingestuurd, ontvangt het de score "nog onbekend".

3.1.4 *Sensitiviteitsserie SARS-CoV-2 heel virus verdunningsreeks bij het meten van 1 target gen*

De laboratoria ontvangt een score van "goed" wanneer de sensitiviteitsserie tot en met Sen. Serie-04 (met een 10^{-8} verdunning t.o.v. de runcontrole) of een hogere verdunning meetbaar is. Een score van "voldoende" wordt toegekend wanneer de verdunningsreeks tot en met Sen. Serie-05 (met een 10^{-7} verdunning t.o.v. de runcontrole) meetbaar is. Een score van "onvoldoende" wordt toegekend wanneer de sensitiviteitsserie niet tot en met Sen. Serie-05 meetbaar is. Deze normering is samengevat in tabel 6.

Tabel 6. Een overzicht van de gegeven scores aan de hand van de hoogst gedetecteerde verdunningsgraad van de runcontrole (aan de hand van het serienummer van de sensitiviteitsserie) wanneer één target gen wordt gebruikt

Score	**Target 1**
Goed	Sen. Serie-04 (of hogere verdunning) meetbaar
Voldoende	Tot Sen. Serie-05 meetbaar
Onvoldoende	Niet tot Sen. Serie-05 meetbaar

3.1.5 *Sensitiviteitsserie SARS-CoV-2 heel virus verdunningsreeks bij het meten van 2 (of meer) targetgenen*

De laboratoria ontvangt een score van "goed" wanneer de sensitiviteitsserie bij alle targetgenen tot en met Sen. Serie-04 (met een 10^{-8} verdunning t.o.v. de runcontrole) of een hogere verdunning meetbaar is. Een score van "voldoende" wordt toegekend wanneer niet alle targetgenen tot en met Sen. Serie-04 meten, maar wel tot en met Sen. Serie-05 (met een 10^{-7} verdunning t.o.v. de runcontrole) is. Een score van "matig" wordt toegekend wanneer alle targetgenen tot en met Sen. Serie-05 meetbaar zijn. Een score van "onvoldoende" wordt toegekend wanneer niet alle targetgenen tot en met Sen. Serie-05 gemeten, of wanneer Sen. Serie-05 niet gemeten wordt door één van de targetgenen. Deze normering is samengevat in tabel 7.

Tabel 7. Een overzicht van de gegeven scores aan de hand van de hoogst gedetecteerde verdunningsgraad van de runcontrole (aan de hand van het serienummer van de sensitiviteitsserie) wanneer meerdere targetgenen worden gebruikt

Score	**Target 1**	**Target 2 (of extra target met hoogste gevoeligheid bij >1 extra target)**
Goed	Sen. Serie-04 (of hogere verdunning) meetbaar	Sen. Serie-04 (of hogere verdunning) meetbaar
Voldoende	Sen. Serie-04 (of hogere verdunning) meetbaar	Tot Sen. Serie-05 meetbaar
	Tot Sen. Serie-05 meetbaar	Sen. Serie-04 (of hogere verdunning) meetbaar
Matig	Tot Sen. Serie-05 meetbaar	Tot Sen. Serie-05 meetbaar
Onvoldoende	Tot Sen. Serie-05 meetbaar	Niet tot Sen. Serie-05 meetbaar
	Niet tot Sen. Serie-05 meetbaar	Tot Sen. Serie-05 meetbaar
	Niet tot Sen. Serie-05 meetbaar	Niet tot Sen. Serie-05 meetbaar

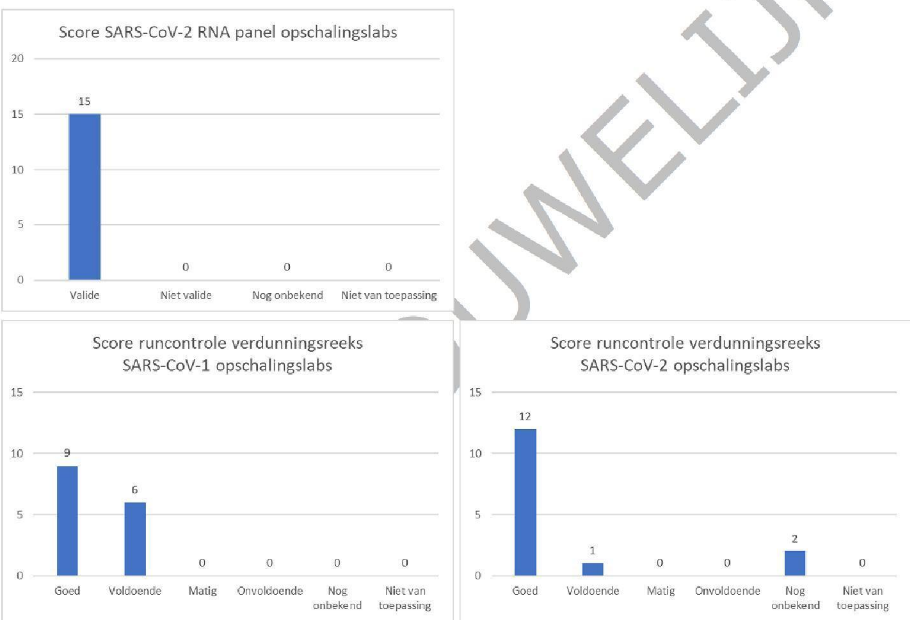
3.1.6 Validatiepanel voor Cepheid mPOCT tests

Voor het panel ontvangen de laboratoria een score van "valide" wanneer alle drie de monsters met SARS-CoV-1 of SARS-CoV-2 correct zijn aangemerkt als SARS-CoV bevattende monsters. Ook scoren de laboratoria "valide" wanneer één of beide targets van de test het monster met de laagste virale load niet kunnen meten. De reden hiervoor is dat dit monster (met de lage virale load) een educatief monster betreft welke op de LOD van de Cepheid test ligt.

De laboratoria scoren "niet valide" wanneer er verder target genen worden gemist bij de andere SARS-CoV-2 bevattende monster, of wanneer de negatieve controle als positief monster wordt aangemerkt. Wanneer de data nog niet is in ingezonden, krijgen de laboratoria een score van "nog onbekend".

3.2 Resultaten RNA EQA Panel en verdunningsreeksen RNA runcontroles van de opschalingslaboratoria en expertisecentra

Alle 13 opschalingslaboratoria en de twee expertisecentra hebben het RNA EQA panel "valide" gescoord. Voor de SARS-CoV-1 RCs hebben negen laboratoria "goed" gescoord. De andere zes laboratoria hebben "voldoende" gescoord. Voor de SARS-CoV-2 RCs hebben 12 laboratoria "goed" gescoord, één laboratorium heeft "voldoende" gescoord. Geen van de laboratoria scoren een "onvoldoende". Twee laboratoria hebben de data nog niet gerapporteerd. Deze data is samengevat in Figuur 2.



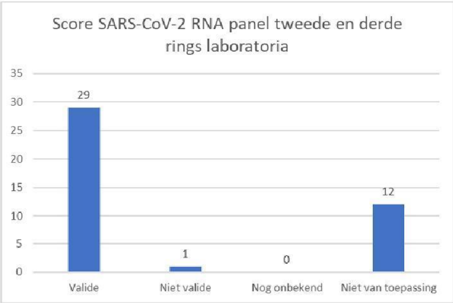
Figuur 2: De scores van zowel het panel als de RNA runcontrole verdunningsreeksen van SARS-CoV-1 en SARS-CoV-2 van de opschalingslaboratoria en expertisecentra (n=15)

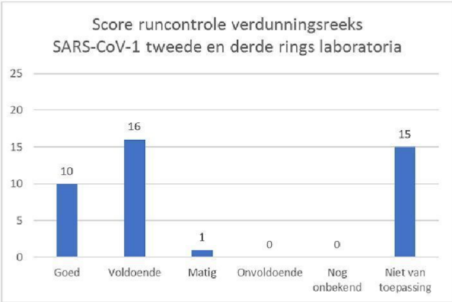
3.3 Resultaten RNA EQA Panels en RNA runcontrole verdunnings-reeksen van de 2e en 3e ring laboratoria

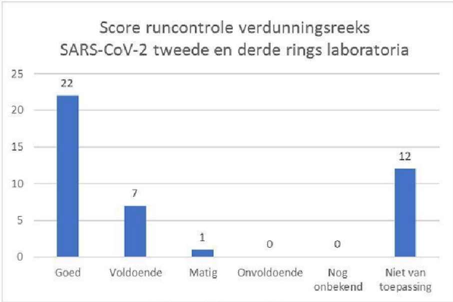
Van de 2e en 3e ring en BVO laboratoria hebben 29 van de 42 laboratoria "valide" gescoord voor het panel, één laboratoria heeft "niet valide" gescoord. Twaalf laboratoria hebben, in plaats van dit panel, het vierde validatiepanel ontvangen. De desbetreffende laboratoria hebben een score van "niet van toepassing" toegekend gekregen voor het RNA panel.
Voor de SARS-CoV-1 RCs hebben 10 van de 42 laboratoria "goed" gescoord, 16 laboratoria hebben "voldoende" gescoord en één laboratorium scoort "matig". Geen van de laboratoria scoort een "onvoldoende". Twee laboratoria gebruiken een kit welke SARS-CoV-1 niet detecteert en één laboratorium heeft deze runcontrole niet ontvangen. De laboratoria is een score van "niet van toepassing" toegekend. Voor de verdunningsreeks van SARS-CoV-1 RNA hebben deze laboratoria een score van "niet van toepassing" toegekend gekregen.

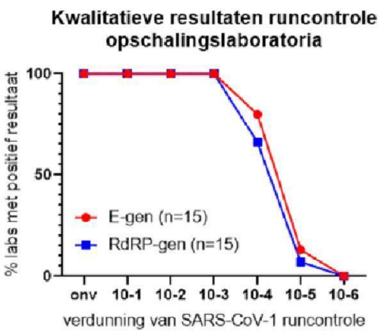
Voor de SARS-CoV-2 RCs hebben 22 van de 42 laboratoria "goed" gescoord, zeven laboratoria hebben "voldoende" gescoord. Eén laboratorium scoort "matig". Geen van de laboratoria scoort een "onvoldoende". Daarnaast testen er 12 laboratoria welke de gevoeligheid van hun testen met het sensitiviteitspanel meten. Voor de verdunningsreeks van SARS-CoV-2 RNA hebben deze laboratoria een score van "niet van toepassing" toegekend gekregen. Deze data is samengevat in Figuur 3.

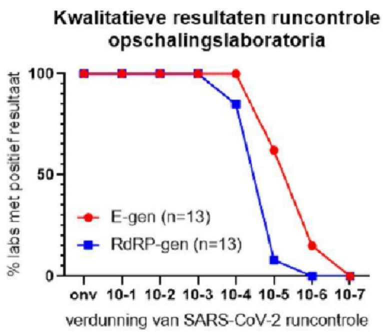
In Figuren 4 en 5 zijn respectievelijk de gevoeligheid van de OALs en 2e ring samengevat. Hier is per target gen per verdunning van de runcontrolereeks weergegeven welk percentage van de laboratoria een succesvolle meting heeft verricht. Niet alle laboratoria testen op zowel het E-gen als het RdRP-gen.

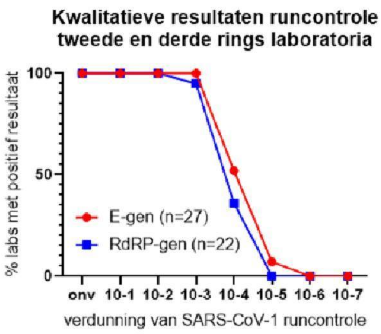

Score SARS-CoV-2 RNA panel tweede en derde rings laboratoria
35
30
25
20
15
10
5
0
29
1
0
12
Valide
Niet valide
Nog onbekend
Niet van toepassing

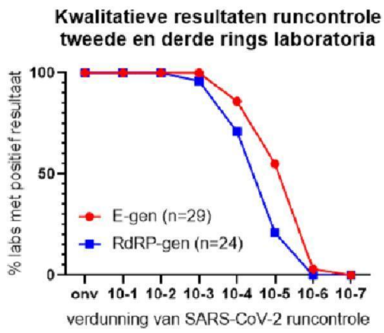

Score runcontrole verdunningsreeks SARS-CoV-1 tweede en derde rings laboratoria
25
20
15
10
5
0
10
16
1
0
0
15
Goed
Voldoende
Matig
Onvoldoende
Nog onbekend
Niet van toepassing


Score runcontrole verdunningsreeks SARS-CoV-2 tweede en derde rings laboratoria
25
20
15
10
5
0
22
7
1
0
0
12
Goed
Voldoende
Matig
Onvoldoende
Nog onbekend
Niet van toepassing


Kwalitatieve resultaten runcontrole
opschalingslaboratoria
% labs met positief resultaat
100
50
0
E-gen (n=15)
RdRP-gen (n=15)
onv 10-1 10-2 10-3 10-4 10-5 10-6
verdunning van SARS-CoV-1 runcontrole


Kwalitatieve resultaten runcontrole
opschalingslaboratoria
% labs met positief resultaat
100
50
0
E-gen (n=13)
RdRP-gen (n=13)
onv 10-1 10-2 10-3 10-4 10-5 10-6 10-7
verdunning van SARS-CoV-2 runcontrole


Kwalitatieve resultaten runcontrole
tweede en derde rings laboratoria
% labs met positief resultaat
100
50
0
E-gen (n=27)
RdRP-gen (n=22)
onv 10-1 10-2 10-3 10-4 10-5 10-6 10-7
verdunning van SARS-CoV-1 runcontrole

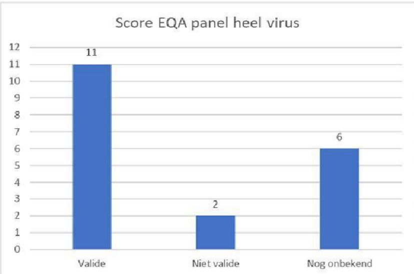

Kwalitatieve resultaten runcontrole
tweede en derde rings laboratoria
% labs met positief resultaat
100
50
0
E-gen (n=29)
RdRP-gen (n=24)
onv 10-1 10-2 10-3 10-4 10-5 10-6 10-7
verdunning van SARS-CoV-2 runcontrole

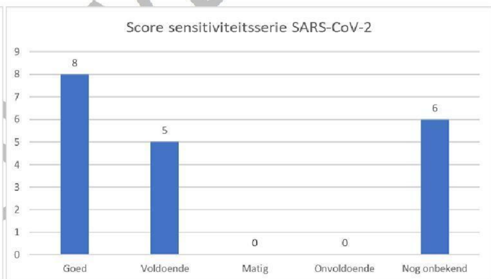
3.4 Resultaten heel virus EQA panel

Van de laboratoria die het heel virus EQA panel hebben getest, hebben 11 van de 19 laboratoria "valide" gescoord. Twee laboratoria scoren "niet valide" voor dit panel. Van nog zes laboratoria mist de terugkoppeling van dit panel. Deze laboratoria scoren een "nog onbekend". Deze data is samengevat in Figuur 6.

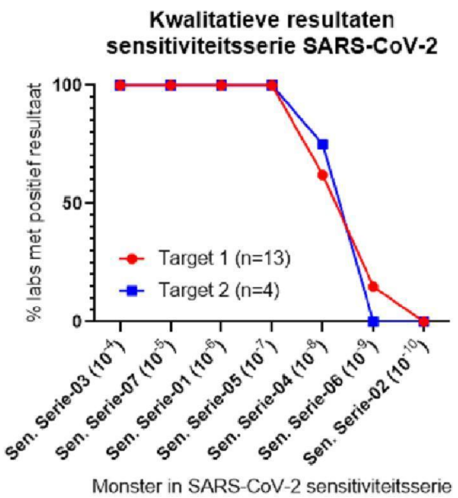
3.5 Resultaten sensitiviteitspanel

Voor het sensitiviteitspanel hebben acht van de 19 laboratoria "goed" gescoord, vijf laboratoria hebben "voldoende" gescoord. Geen van de laboratoria scoort "matig" of "onvoldoende". Deze data is samengevat in Figuur 6. In Figuur 7 is de gevoeligheid van de tests van de laboratoria samengevat. Hier is per target gen per verdunning van de runcontrolereeks weergegeven welk percentage van de laboratoria een succesvolle meting heeft verricht. Niet alle laboratoria testen op twee verschillende targets. Ook zijn de gekozen targets verschillend, daar door is gekozen voor de annotatie "Target 1" en "Target 2".



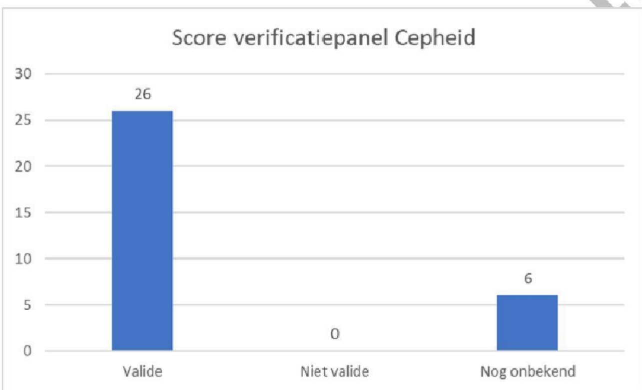


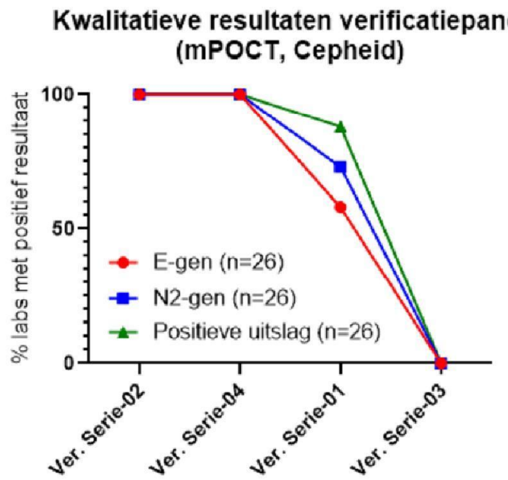
Figuur 6: De scores van zowel het heel virus EQA panel als het sensitiviteitspanel door alle laboratoria die deze panels hebben getest (n=19)


Kwalitatieve resultaten
sensitiviteitsserie SARS-CoV-2
% labs met positief resultaat
100
50
0
Target 1 (n=13)
Target 2 (n=4)
Sen. Serie-03 (10-4)
Sen. Serie-07 (10-5)
Sen. Serie-01 (10-6)
Sen. Serie-05 (10-7)
Sen. Serie-04 (10-8)
Sen. Serie-06 (10-9)
Sen. Serie-02 (10-10)
Monster in SARS-CoV-2 sensitiviteitsserie

3.6 Resultaten verificatiepanel voor Cepheid Xpert® Xpress SARS-CoV-2 mPOCT

Van de laboratoria die het verificatiepanel voor de Cepheid Xpert® Xpress SARS-CoV-2 hebben getest, hebben 26 van de 33 laboratoria "valide" gescoord. Geen van de laboratoria scoort "niet valide" voor dit panel. Van nog zes laboratoria mist de terugkoppeling van dit panel. Deze laboratoria scoren een "nog onbekend". Deze data is samengevat in Figuur 8. In Figuur 9 is de gevoeligheid van de tests van de laboratoria samengevat. Hier is per target gen monsternummer van het verificatiepanel weergegeven welk percentage van de laboratoria een succesvolle meting heeft verricht. Ook is erin aangegeven welk percentage van de laboratoria per monster een positieve uitslag heeft verkregen. Een positieve uitslag wordt toegekend wanneer één of beide target genen een positieve meting opleveren.



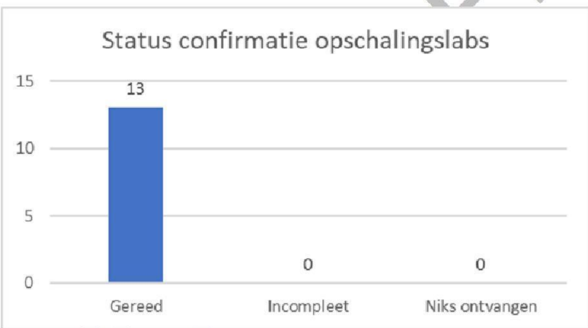


Figuur 9: Hier is per target per verificatiepanel monsternummer weergegeven welk percentage van de laboratoria een succesvolle meting heeft verricht. Ook weergegeven welk percentage van de laboratoria per monster een positieve uitslag heeft verkregen. Een positieve uitslag wordt toegekend wanneer één of beide targetgenen een positieve meting opleveren.

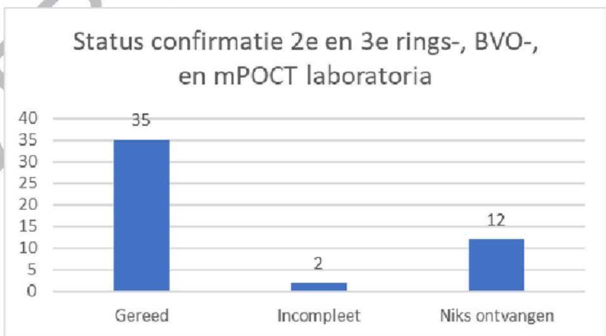
4 Status van confirmaties van laboratoria

Van elk laboratorium wordt verwacht dat ze voor de validatie 10 negatieve en 5 positieve monsters ter confirmatie opsturen naar een van de twee expertisecentra. Alle 13 OALs hebben 10 negatieve en 5 positieve monsters laten confirmeren. Bij overeenkomstig resultaat, hebben de laboratoria aan de confirmatie eis voldaan. De andere laboratoria hebben negatieve en positieve monsters ingestuurd, maar nog geen 10 en 5 respectievelijk, of de confirmatie is nog niet volledig afgerond.

Van de 2e ring heeft 35 van de 49 laboratoria aan de confirmatie eis voldaan. Twee laboratoria hebben negatieve en/of positieve monsters ingestuurd, maar nog geen 10 en 5 respectievelijk, of de confirmatie is nog niet volledig afgerond. Twaalf laboratoria moeten nog confirmaties inzenden. Dit is weergegeven in Figuur 10 en Figuur 11.



Figuur 10: Status confirmaties van opschalingslaboratoria (n=13)



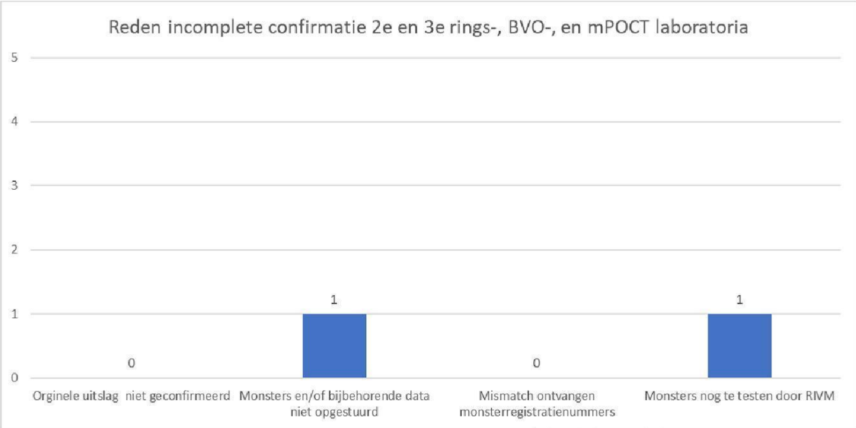
Er is aan de laboratoria gevraagd een overzicht te sturen welke negatieve en positieve (met Ct waarden) monsters voor confirmatie bij het Erasmus MC of RIVM zijn aangeboden. Daarbij is ook geïnventariseerd wat de redenen zijn dat sommige laboratoria nog incompleet geconfirmeerd zijn. In totaal zijn er vier verschillende redenen gevonden om de confirmatiestatus van een laboratorium als "incompleet" aan te merken:

- De originele test resultaat is niet geconfirmeerd door de expertisecentra.
- Er ontbreken nog monsters en/of de benodigde monsterregistratie van het externe laboratorium.
- Er is een mismatch tussen de opgegeven data van de monsters en het monsterregistratiesysteem van het RIVM.
- Er zijn nog geen monsters opgestuurd.

Om de confirmatiestatus van deze laboratoria "gereed" te krijgen zijn of worden de volgende actiepunten ondernomen:

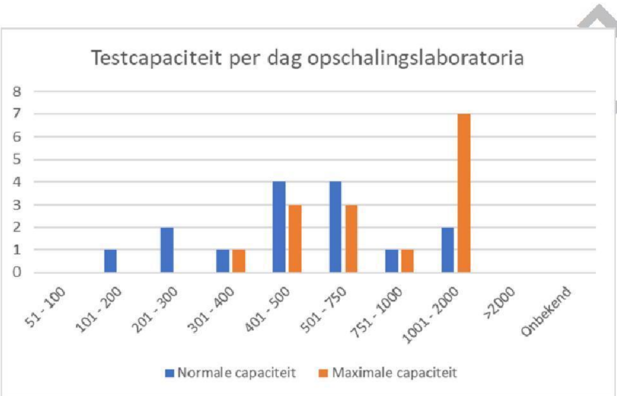
- Het externe laboratorium wordt gevraagd extra monsters ter confirmatie op te sturen.
- Het externe laboratorium wordt (nogmaals) verzocht de benodigde monsters en/of data op te sturen.
- De ingestuurde gegevens worden handmatig nagelopen en aangevuld in onze registratie, eventueel met behulp van het desbetreffende externe laboratorium.
- De monsters worden dagelijks getest bij het RIVM en de aanvullende data wordt ingevoerd.

In Figuur 12 is voor de 2e en 3e rings-, BVO- en mPOCT laboratoria samengevat waarom de confirmatiestatus "incompleet" is toegewezen.


Reden incomplete confirmatie 2e en 3e rings-, BVO-, en mPOCT laboratoria
5
4
3
2
1
0
0
1
0
1
Orginele uitslag niet geconfirmeerd
Monsters en/of bijbehorende data niet opgestuurd
Mismatch ontvangen monsterregistratienummers
Monsters nog te testen door RIVM

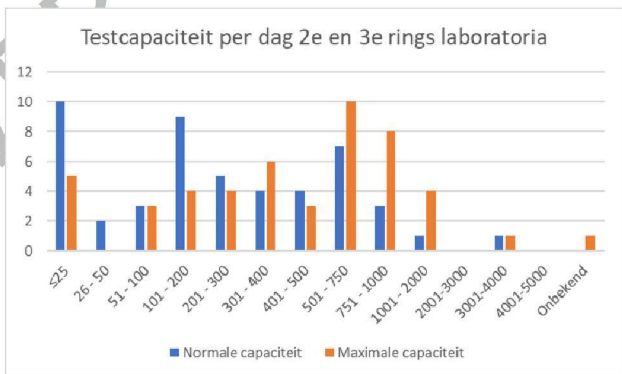
5 Testcapaciteit opschalingslaboratoria, 2e en 3e rings laboratoria en mPOCT laboratoria

Van de participerende laboratoria is gevraagd hun testcapaciteit te rapporteren. Voor de opschalingslaboratoria zijn de vereisten dat ze minimaal 100 monsters per dag kunnen verwerken. Ook is er navraag gedaan naar de capaciteit bij eventueel verdere opschaling van deze laboratoria. In Figuur 13 is de capaciteit van de opschalingslaboratoria en expertisecentra weergegeven.



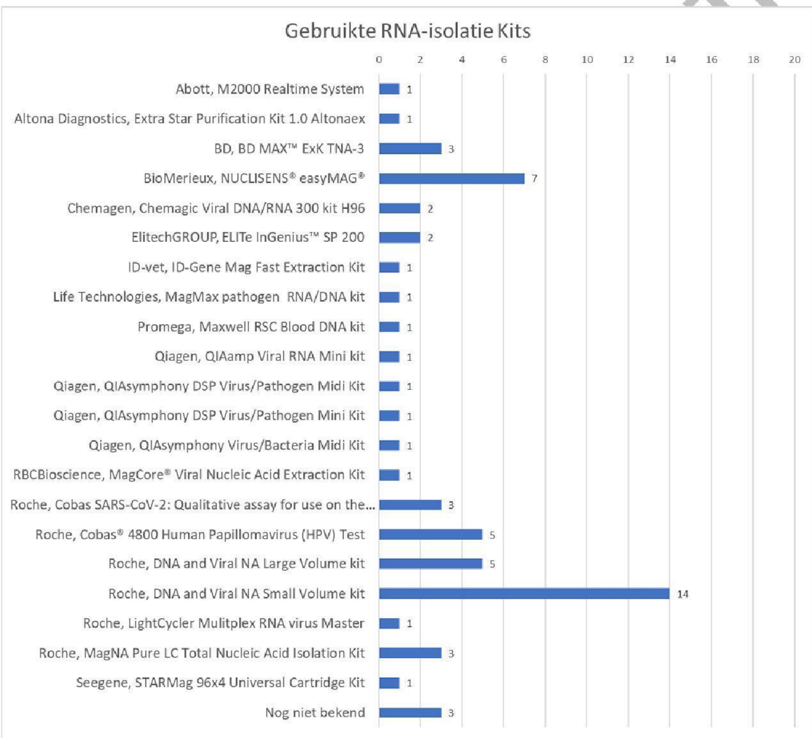
Figuur 13: Toont zowel de normale als de maximale testcapaciteit van opschalingslaboratoria en expertisecentra (n=15). Deze testcapaciteiten zijn onderverdeeld in categoriën oplopend van ≤25 tot >2000.

De capaciteit van de 2e en 3e rings-, BVO- en mPOCT laboratoria is ook in kaart gebracht. Van deze laboratoria is zowel de reguliere als de maximale testcapaciteit weergegeven in Figuur 14.

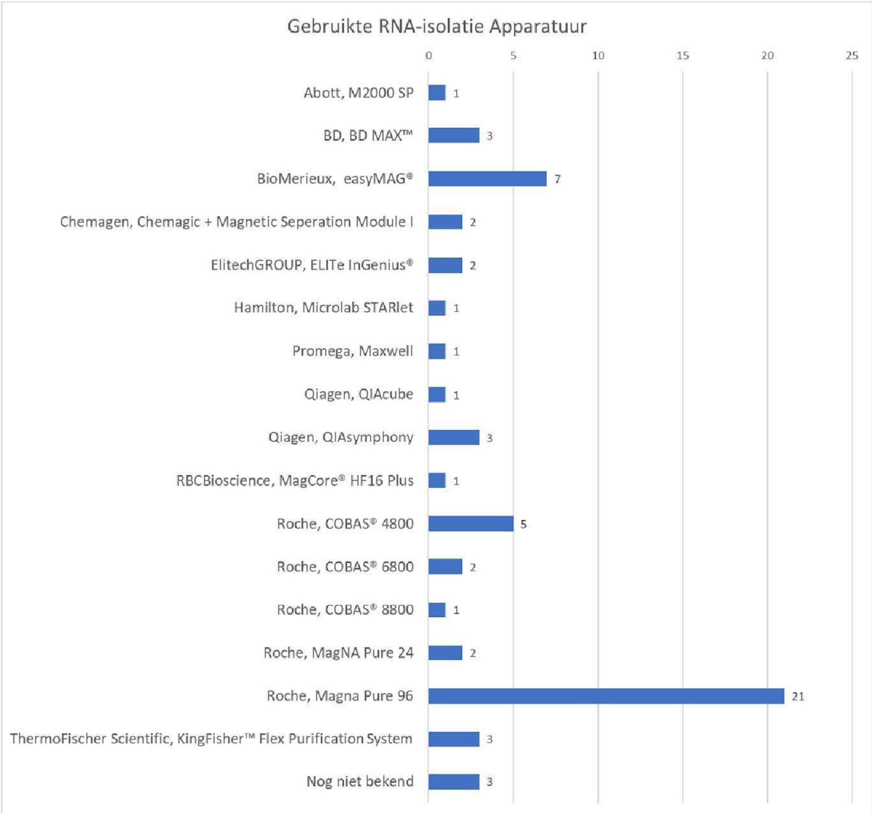


6 Gebruikte kits en apparatuur tijdens extractie- en PCR-methoden

Bij rapportage van het panel en RCs verdunningsreeksen is gevraagd naar details van gebruikte extractiemethoden (extractie kit en apparatuur) en PCR methoden (enzym en apparatuur).
De door alle laboratoria gebruikte RNA isolatie kits en apparatuur zijn, inclusief de bijbehorende fabrikant, weergegeven in Figuur 15 en Figuur 16. Een aantal van de laboratoria heeft deze data nog niet gedeeld.

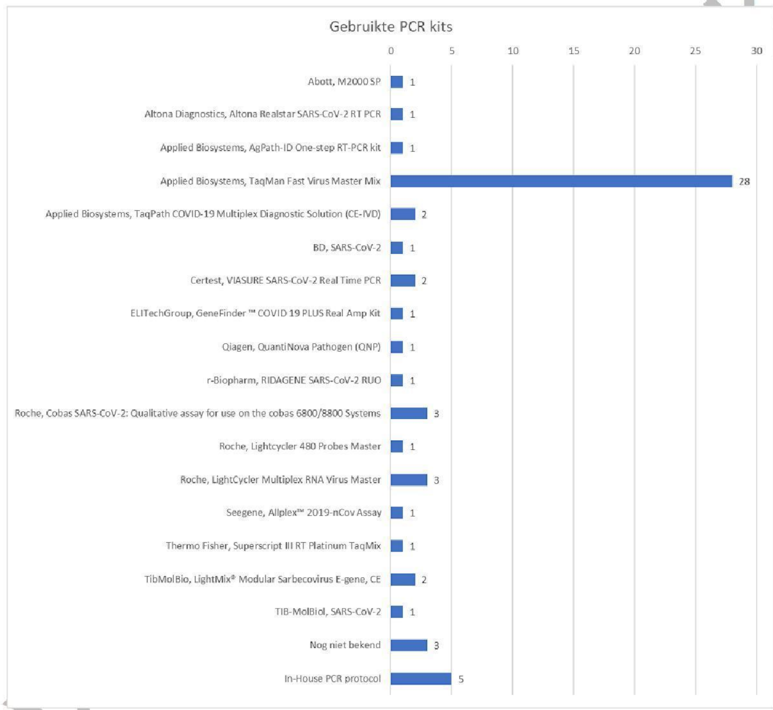


Figuur 15: De door laboratoria (inclusief expertisecentra) gebruikte RNA isolatie kits samen met het aantal laboratoria per kit (n=59). Aangezien sommige laboratoria gebruik maken van verschillende technieken is het aantal gebruikte RNA isolatiekits hoger dan het totaal aantal laboratoria.



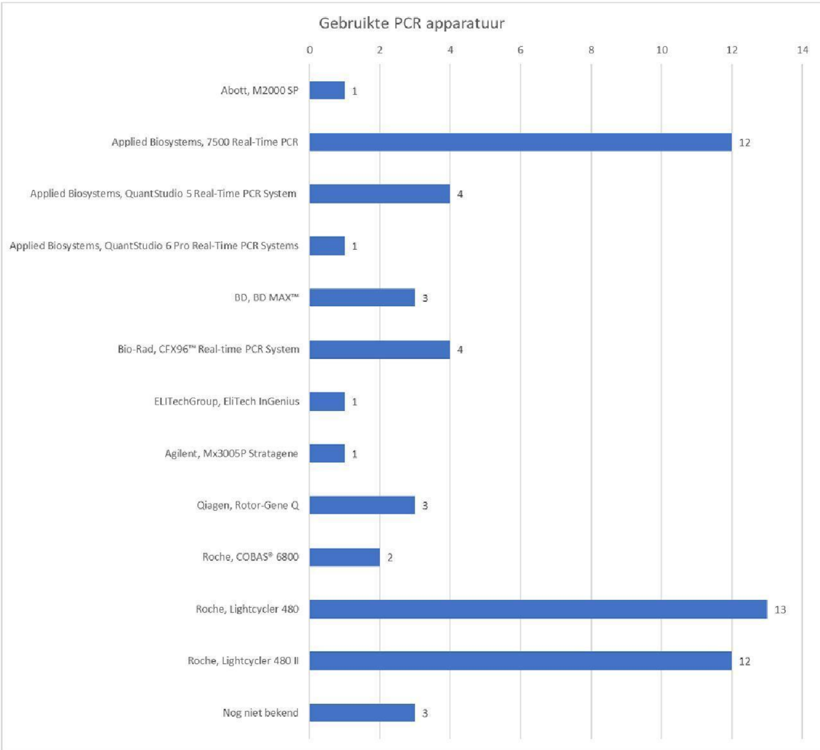
Figuur 16: De door laboratoria (inclusief expertisecentra) gebruikte apparatuur voor RNA isolatie samen met het aantal laboratoria per kit (n=59). Aangezien sommige laboratoria gebruik maken van verschillende technieken is het aantal gebruikte RNA isolatieapparatuur hoger dan het totaal aantal laboratoria.

De door alle laboratoria gebruikte PCR kits en apparatuur zijn, inclusief de bijbehorende fabrikant, weergegeven in Figuur 17 en Figuur 18. Een aantal van de laboratoria heeft deze data nog niet gedeeld. Daarnaast zijn er vijf laboratoria die gebruik maken van een in-house PCR methode. Alle vijf de laboratoria gebruiken de LightMix® SarbecoV E-gene (primer/probes) van TibMolbiol en de LightCycler® Multiplex RNA Virus Master van Roche.



Figuur 17: De door laboratoria (inclusief expertisecentra) gebruikte PCR kits inclusief fabrikant met het aantal laboratoria per kit (n=59). Aangezien sommige laboratoria gebruik maken van verschillende technieken is het aantal gebruikte PCR kits hoger dan het totaal aantal laboratoria. Daarnaast zijn er ook 5 laboratoria die gebruik maken van een in-house PCR methode.

287778



Figuur 18: De door laboratoria (inclusief expertisecentra) gebruikte PCR apparatuur inclusief fabrikant met het aantal laboratoria per apparaat (n=60). Aangezien sommige laboratoria gebruik maken van verschillende technieken is het aantal gebruikte PCR apparaten hoger dan het totaal aantal laboratoria.

287778

7 Referenties

1. van Asten L, van der Lubben M, van den Wijngaard C, van Pelt W, Verheij R, Jacobi A, Overduin P, (10)(2e) (10)(2e), Luijt D, Claas E, Hermans M, Melchers W, Rossen J, Schuurman R, Wolffs P, Boucher C, Schirm J, Kroes L, Leenders S, Galama J, (10)(2e) (10)(2e), van Loon A, Stobberingh E, Schutten (10)(2e), (10)(2e) M. Strengthening the diagnostic capacity to detect Bio Safety Level 3 organisms in unusual respiratory viral outbreaks. J Clin Virol. 2009 Jul;45(3):185-90.

2. (10)(2e). (10)(2e), S. Dittrich, H. Bijlmer, (10)(2e). (10)(2e). Evaluatie van opschaling van laboratoriumdiagnostiek tijdens de influenzapandemie. Ned Tijdschr Med Microbiol 2011;19:nr1

3. Corman Victor M, Landt Olfert, Kaiser Marco, Molenkamp (10)(2e), (10)(2e) Adam, Chu Daniel KW, (10)(2e) (10)(2e), Brünink Sebastian, (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), Mulders Daphne GJC, Haagmans Bart L, van der Veer Bas, van den Brink Sharon, Wijsman Lisa, Goderski Gabriel, Romette Jean-Louis, Ellis Joanna, Zambon Maria, Peiris Malik, (10)(2e) (10)(2e), Reusken Chantal, Koopmans Marion PG, (10)(2e) (10)(2e). Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. Euro Surveill. 2020;25(3):pii=2000045. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045

4. Multi-center evaluation of cepheid xpert® xpress SARS-CoV-2 point-of-care test during the SARS-CoV-2 pandemic; Femke Wolters, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), Bart van den Bosch, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), Janette Rahamat-Langedoen, (10)(2e) (10)(2e), Willem JG Melchers, (10)(2e) (10)(2e); https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104426

Dit document is mogelijk gemaakt door het werk van de onderstaande laboratoria. Veel dank voor het delen van de data, de open communicatie en prettige samenwerking.

Type laboratorium

Opschalingslaboratoria	**Locatie**
Amsterdam Universitair Medisch Centrum, Locatie AMC	Amsterdam
CERTE Medische Diagnostiek & Advies	Groningen
Elisabeth – TweeSteden Ziekenhuis	Tilburg
Jeroen Bosch Ziekenhuis	's-Hertogenbosch
LabMicTA – Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek	Hengelo
Leids Universitair Medisch Centrum	Leiden
Maastricht Universitair Medisch Centrum	Maastricht
Microvida	Roosendaal
Stichting PAMM	Veldhoven
Streeklaboratorium Haarlem	Haarlem
Radboud Universitair Medisch Centrum	Nijmegen
Universitair Medisch Centrum Groningen	Groningen
Universitair Medisch Centrum Utrecht	Utrecht

2[e] en 3[e] rings laboratoria	**Locatie**
ADRZ Admiraal de Ruyterziekenhuis Goes	Goes
Atalmedial B.V. – Medisch Diagnostische Centra	Amsterdam
BVO Eurofins NMDL-LCPL	Rijswijk
BVO Jeroen Bosch Ziekenhuis	's-Hertogenbosch
BVO Radboud UMC	Nijmegen
BVO Symbiant	Hoorn
BVO UMCG	Groningen
Canisius Wilhelmina ziekenhuis	Nijmegen
Comicro B.V. – Expertcentrum voor Microbiologie	Hoorn
Deventer Ziekenhuis	Deventer
Diagnostiek voor U	Eindhoven
Diakonessenhuis Utrecht	Utrecht
Eurofins NMDL-LCPL	Rijswijk
Franciscus Gasthuis & Vlietland	Rotterdam
Gelre Ziekenhuis	Apeldoorn
Haga Ziekenhuis	Den Haag
HMC+ – Haaglanden Medisch Centrum, locatie Westeinde	Den Haag
IJsselland Ziekenhuis	Capelle aan den IJssel
Ikazia Ziekenhuis Rotterdam	Rotterdam
InBiome	Amsterdam
Isala	Zwolle
Izore – Centrum voor Infectieziekten Friesland	Friesland
Laurentius Ziekenhuis	Roermond
Maasstad Ziekenhuis	Rotterdam
Meander Medisch Centrum	Amersfoort

Microbe&Lab BV	Amsterdam
OLVG – Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Amsterdam
Pro Health Medical	Nederweert
Reinier Haga MDC	Delft
Rijnstate Velp	Velp
RLM Dordrecht/Gorinchem	Dordrecht
Royal GD – Gezondheidsdienst voor Dieren	Deventer
Saltro	Utrecht
Sanquin NSS	Amsterdam
St. Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein
Star-shl Diagnostische Centra	Rotterdam
Streeklab GGD Amsterdam	Amsterdam
Tergooi Ziekenhuis	Hilversum
U-Diagnostics – Labor Dr. Wisplinghoff, Keulen	Baarn / Keulen, DE
VieCuri Medisch Centrum	Venlo
Wageningen Bioveterinary Research, locatie Lelystad	Lelystad
Zuyderland Medisch Centrum	Heerlen

Moleculair Point-Of-Care-Test laboratoria	**Locatie**
Alrijne Zorggroep	Leiden
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven
Groene Hart Ziekenhuis	Gouda
Noordwest Zorggroep	Alkmaar
Slingeland Ziekenhuis	Doetinchem
St. Jansdal Ziekenhuis	Harderwijk
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ede

To: CoronaGedragsUnit[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/17/2020 7:07:17 PM
Subject: Antw: 1e rapportage Corona Gedragsunit
Received: Sun 5/17/2020 7:07:24 PM

Ha (10)(2e) en anderen,
Hartelijk dank voor de rapportage.
Het is mooi dat we zo snel dit onderzoek kunnen uitvoeren en erover rapporteren.
Dat is waar nu vooral vraag naar is.

Vrijdag was ik aanwezig bij het "kennispartner beraad" van SZW (SZW BR en een vertegenwoordiger van alle kennisinstituten die voor SZW werken). Hierin ging het over wat doen de kennisinstellingen (op het SZW-terrein) aan aan onderzoek over corona en wat zien zij als belangrijke kennisvragen voor SZW.

Een van de dingen die daar naar voren kwam is de noodzaak van snelheid om meer zicht te krijgen. Er zijn tal van vragen te benoemen die met arbeid, arbeidsonzekerheid, tweedeling (oa ZZP), nieuw arbeidsgerelateerd gedrag etc. interessant zijn voor SZW. Vooral ook leren (en behouden) van gedrag onder deze nieuwe omstandigheden (dus positieve effecten leren zien en behouden) kreeg belangstelling. Misschien is er in de survey iets met deze vragen te doen. Ik ben graag bereid daar over door te praten.

(10)(2e)

(10)(2e)

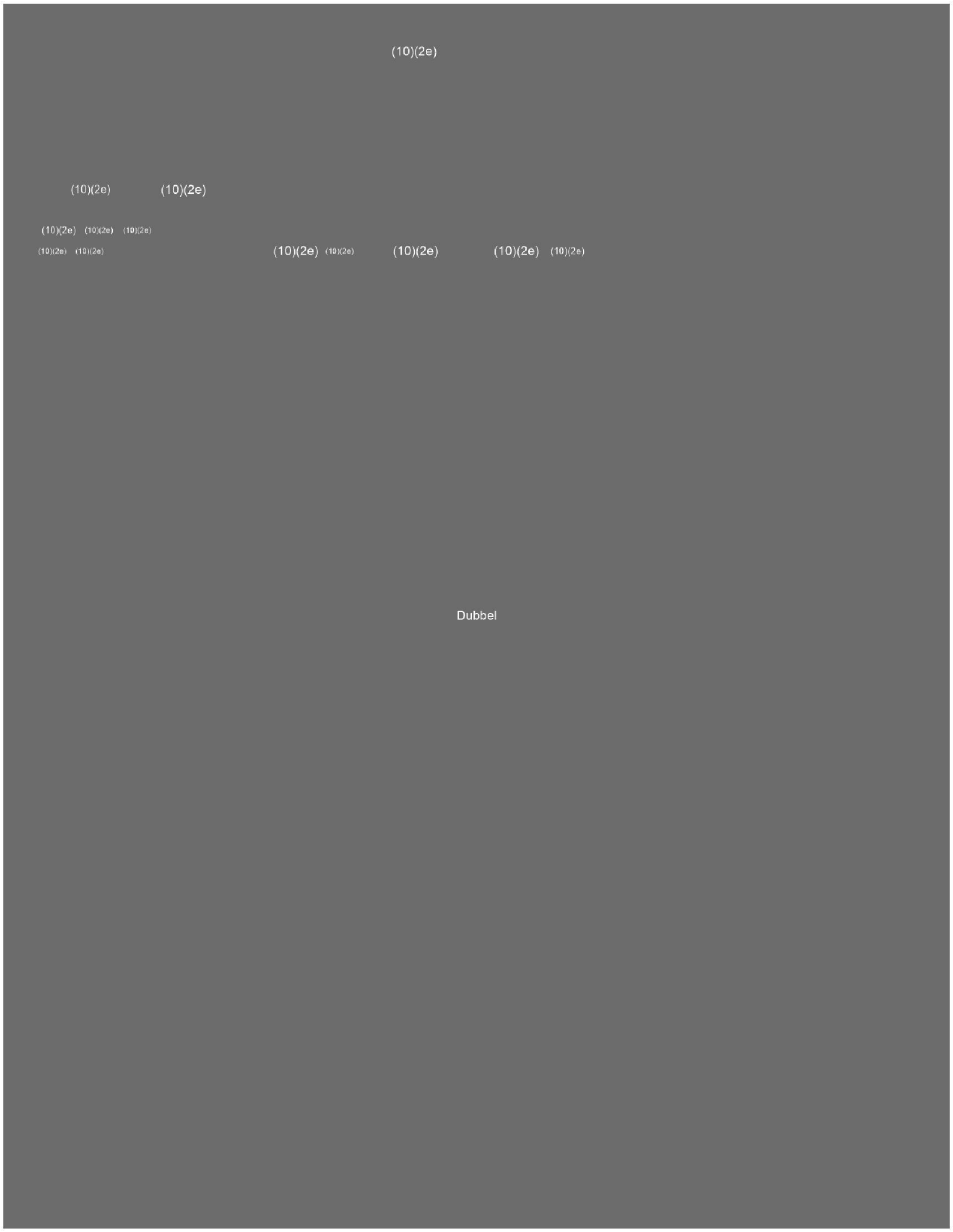
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)


(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
Dubbel

287782

1 **Performance of progressive and adaptive COVID-19 exit strategies: a**

2 **stress test analysis for managing intensive care unit rates**

3

4 (10)(2e), (10)(2e) [2]*, (10)(2e) [1], (10)(2e),

5 (10)(2e) (2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e),

6 (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

7

8 [1]TNO, Netherlands Organization for Applied Scientific Research, The Hague, the

9 Netherlands.

10 [2]Department of Pediatric Infectious Diseases and Immunology, Amsterdam Infection &

11 Immunity Institute, Amsterdam University Medical Centers, Emma Children's Hospital,

12 Amsterdam, the Netherlands.

13 [3]Department of Intensive Care Medicine, Leiden University Medical Center, Leiden, the

14 Netherlands.

15 [4]Department of Clinical Epidemiology, Biostatistics and Bioinformatics, Amsterdam Public

16 Health, Amsterdam University Medical Centers, University of Amsterdam, Amsterdam, the

17 Netherlands.

18 [5]Faculty of Medicine, VUmc School of Medical Sciences, VU Amsterdam, Amsterdam, the

19 Netherlands.

20

21 *Correspondence to: (10)(2e)@amsterdamumc.nl

22

23 **One Sentence Summary:** Progressive and adaptive COVID-19 exit strategies

287782

24 **ABSTRACT**

25 **Background:** In May 2020, many European countries have begun to introduce an exit
26 strategy for the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic which involves relaxing
27 social distancing measures. Predictive epidemiological modeling indicates that chances for
28 resurgence are high. However, parametrization of the epidemiological nature of COVID-19
29 and the effect of relaxing social distancing is not well constrained, resulting in highly
30 uncertain outcomes in view of managing future intensive care unit (ICU) needs.

31 **Methods and findings:** For performance analysis of exit strategies we developed an
32 open-source ensemble-based Susceptible-Exposed-Infectious-Removed (SEIR) model. It takes
33 into account uncertainties for the COVID-19 parametrization and social distancing measures.
34 The model is calibrated to data of the outbreak and lockdown phase. For the exit phase, the
35 model includes the capability to activate an emergency brake, reinstating lockdown
36 conditions. Alternatively, the model uses an adaptive COVID-19 cruise control (ACCC)
37 capable to retain a targeted ICU level. The model is demonstrated for the Netherlands and we
38 analyzed progressive and adaptive exit strategies through a stress test of managing ICU rates.
39 The progressive strategy reflects the outcome of social and economic pressure to use one-way
40 steering toward progressively relaxing measures at an early stage. It is marked by a high
41 probability for the activation of the emergency brake due to an unsolicited growth of ICU
42 needs in the following months. Alternatively, the two-way steering ACCC can flatten ICU
43 needs in a more gradual way and avoids activation of the emergency brake. It also performs
44 well for seasonal variation in the reproduction number of severe acute respiratory syndrome-
45 coronavirus.

46 **Conclusions:** The adaptive strategy (ACCC) is favored, as it avoids the use of the
47 emergency brake at the expense of small steps of restrictive measures and allows the
48 exploration of riskier and potentially rewarding measures in the future pathways of the exit
49 strategy.

287782

50 **Performance of progressive and adaptive COVID-19 exit strategies: a**

51 **stress test analysis for managing intensive care unit rates**

52

53 Jan-Diederik van Wees, Martijn van der Kuip, Sander Osinga, David van Westerloo, (10)(2e)

54 Tanck, Maurice Hanegraaf, Maarten Pluymaekers, Olwijn Leeuwenburgh, Lonneke van

55 Bijsterveldt, Pien Verreijdt, Logan Brunner, Marceline Tutu van Furth

287782

56 **INTRODUCTION**

57 According to the World Health Organization (WHO), coronavirus disease 2019
58 (COVID-19) reached the pandemic phase on 11 March 2020 (1). On 15 May 2020, the severe
59 acute respiratory syndrome-coronavirus (SARS-CoV-2) virus had spread to 213 countries
60 worldwide, leading to 4,586,270 registered infections and 306,063 deceased (2). To control
61 COVID-19, various measures have been undertaken ranging from liberal control in Sweden
62 and test and quarantine policies in South Korea, to complete prolonged lockdowns in Italy
63 and Spain (3). The chosen measures of national policymakers are based on testing capacity,
64 characteristics of specific societies and more importantly on the phase of the outbreak:
65 containment, suppression or mitigation (4). 'All countries must strike a fine balance between
66 protecting health, preventing economic and social disruption, and respecting human rights'
67 (1). In the Netherlands, a targeted lockdown based on social distancing, was introduced on 16
68 March 2020 (5).

69 As the trend of death rates (Fig. 1) and hospital admissions are slowly showing a
70 flattening curve and intensive care units (ICU) no longer work at or above their capacity,
71 many countries have begun to introduce an exit strategy which involves relaxing social
72 distancing measures. Predictive epidemiological modeling demonstrated that prolonged
73 and/or intermittent periods of social distancing are required to mitigate the possibility of
74 resurgences of infection (6, 7). They have not been calibrated to (near) real-time data and did
75 not consider quantitative measurement and control systems to assess and mitigate unsolicited
76 stress to the health care system. Moreover, these models highlight that parametrization of the
77 epidemiological nature of COVID-19 is not well constrained and highly uncertain (4, 6-8). For
78 this reason, models may be perceived as unreliable in light of all the uncertainties considered,
79 and in turn the lack of reliable models causes a major challenge in robustly designing and
80 testing exit strategies.

81 In order to cope with large uncertainties for correct parametrization of transmission
82 models and the effect of social distancing measures, we propose a data-driven and holistic
83 approach for calibrating transmission models and the effects of non-pharmaceutical
84 interventions under large uncertainty. To this end, we used a fast, ensemble based
85 Susceptible-Exposed-Infectious-Removed (SEIR) meta-population model explained in
86 methods, which can be calibrated daily to observed data. As a starting point for the exit
87 strategy, the model uses the posterior ensembles and the underlying model and intervention
88 parameters, which have been calibrated to data of the outbreak and lockdown phase (Fig. 2).
89 This provides a robust model basis for a (real-time) analysis and stress test of appropriate exit
90 strategies, and underlying uncertainty. Furthermore, since the model is open-source and can
91 build from public data sources and is not dependent on detailed epidemiological field study
92 results, such as testing or contact-tracing information, it can contribute to the need of the
93 scientific community for accelerated development of open modeling approaches to study exit
94 strategies (9).

95 Two 'safe' exit strategies as outlined in Fig. 2 have been put to a stress test in a case
96 study for the Netherlands. Both aim at maximizing the positive effect on social distancing and
97 reducing risks for the healthcare system at the same time. They consider (step-changed)
98 relaxation in conjunction with possible restrictive measures, in view of managing the risk for
99 exceeding threshold levels for ICU capacity. The two strategies differ fundamentally in ICU
100 objectives and approach. The progressively relaxing and 'emergency brake' strategy reflects
101 the outcome of social and economic pressure to use one-way steering toward progressively
102 relaxing and rather early steps and it is marked by a high probability for the need of the use
103 of an emergency brake due to an unsolicited growth of ICU needs in the following months.
104 Alternatively, the Adaptive COVID-19 Cruise Control (ACCC) is based on two-way steering
105 and can flatten ICU needs in a more gradual way to a given nominal capacity. We will show
106 that the ACCC strategy can avoid the need for an emergency brake, and also performs well if

107 the potential effect of seasonal variation in the reproduction number of SARS-CoV-2 is taken
108 into account (7).
109

110 **METHODS**

111 For the modeling, we used an ensemble-based SEIR metapopulation model to simulate
112 the epidemics (8, 10), which incorporates the effect of measures to reduce community
113 spreading (4, 8). The model is largely based on van Wees et al., 2020 (11), and has been
114 expanded in this study to incorporate a more realistic flow process for hospitalization and
115 ICU (Fig. 3).

116 The SEIR model stands for the following: Susceptible: the susceptible part of the
117 population; Exposed: the part of the population that carries the virus; Infected: patients
118 showing the first mild symptoms; Removed: patients that have recovered or died.
119 Mathematically, the SEIR compartments are modeled as fractions of the population, initially
120 susceptible to the virus. Subsequently, we solve the following differential equations starting
121 from initial values for S = 1-1/N, E = 1/N and setting I and R to 0. N is ratio of population size
122 and exposed persons introduced at the start of the simulation. The initial day of introduction
123 of the virus is 15 days prior to the first registered case, and the density of the virus per N is
124 varied to obtain a first order fit with the observed number of registered infections,
125 hospitalized, death. The differential model is formulated as follows:

126 $$S' = -(1-\alpha(t))\beta(t)SI$$

127 $$E' = (1-\alpha(t))\beta(t)SI - \sigma E$$

128 $$I' = \sigma E - \gamma I$$

129 $$R' = \gamma I$$

130 The R compartment is extended with the flow scheme for the hospitalization and ICU
131 treatment process as depicted in Fig. 3. For the incorporation of the logistic spread of patients,
132 the model adopts successive convolutions of the R prediction, with a Gamma distribution for

133 delay, recovery and treatment times d_{hos}, d_{hosrec}, d_{hosd}, d_{icurec} and d_{icud} (Fig. 3, Table 1). The
134 simulation incorporates the strength of social distancing through the parameter $\alpha(t)$: $\alpha(t)$ is 0
135 when no measures are in place and 1 when social distancing would prevent any transmission
136 (8). The ensemble-based workflow intrinsically allows for the use of large uncertainties
137 underlying the relaxing and restrictive steps in social distancing and can therefore be used
138 effectively for stress tests of exit scenarios. Our model is strongly data-driven and calibrates
139 prior estimates for a number of model parameters (Table 1), including the reproduction
140 number, strength of social distancing, and some of the treatment times for hospitalization and
141 ICU from the observed data. For data assimilation of all parameters in conjunction with
142 calibration of $\alpha(t)$, we use the ensemble smoother with multiple iterations which is a
143 computationally efficient method for ensembles of non-linear forward models (12). The data
144 assimilation is performed by matching modeled hospitalization and ICU usage to reported
145 usage. We adopted ensembles of 500 realizations and a value of 70 and 20 for the error in
146 standard deviation in reported bed count for hospitalization and ICU, respectively.

147 Once the model has been calibrated to the data of the outbreak and lockdown phase,
148 in the exit strategies the relaxing or restrictive measures for social distancing are adopted by
149 a step-wise change of the posterior $\alpha(t)$ values, such that $\alpha(t>t_{step}) = \alpha(t)+\Delta\alpha(t)$ at given times
150 or at specific time intervals t_{step}. In the model, $\Delta\alpha(t) = N(m_{\mathrm{step}}, s_{\mathrm{step}})$ of each step is normally
151 distributedwith m_{step} = mean and s_{step} = standard deviation. For each member in the ensemble,
152 a sample is taken for $\Delta\alpha(t)$. Based on the updated $\alpha(t)$, the model is rerun. The resulting ICU
153 occupancy is monitored daily in the model. If the ICU occupancy or the ICU growth rate
154 exceeds a given level, the emergency brake is activated. The emergency brake reinstates
155 lockdown conditions by adopting $\alpha(t>t_{emergencybrake}) = N(m_{lockdown}, s_{lockdown})$, where $m_{lockdown}$ and
156 $s_{lockdown}$ are based on the posterior distribution of $\alpha(t)$ in the data calibration of the lockdown
157 phase. In the aftermath of the emergency brake, the renewed lockdown conditions can be
158 followed by renewed steps for relaxation of social distancing, once the resulting ICU

287782

159 occupancy drops to acceptable levels. In the progressive exit strategy only user-defined
160 relaxing measures (m_{step}<0) are considered for social distancing.
161 In the adaptive exit strategy, we consider the ACCC to automatically steer both
162 relaxing (m_{step}<0) and restrictive step-changes (m_{step}>0) toward reaching and retaining a
163 sustainable level of nominal ICU capacity and to avoid activation of the emergency brake and
164 renewed lockdown conditions. To this end, the need for a step-change and its sign is
165 monitored at intervals of two weeks, taking the actual ICU occupancy, ICU growth rate and
166 change in growth rate of the past two weeks of the ensemble member, and then using an
167 extrapolated value from a second-order Taylor approximation that looks one week ahead. If
168 the extrapolated growth rate (and value) is moving away from the targeted nominal capacity,
169 a relaxing (when below target) or restrictive (when above target) step is adopted. A
170 constrictive step is taken if the change in growth rate is accelerating toward the target. For the
171 time following the first relaxation steps after the lock down, this effectively means that steps
172 are taken to slow down the growth rate as soon as the look ahead signals a rise in ICU
173 occupancy.
174
175 **RESULTS**
176 ***The Netherlands' outbreak and lockdown phase***
177 With a population density of ~1,300/mi.^{2}, the Netherlands (~17.1 million citizens)
178 ranks number 32 worldwide in population density (in perspective New York state: ~19.5
179 million citizens and ~420/mi.^{2} and USA overall density of ~95/mi.^{2}) (13). In the era before
180 COVID-19, the ICU capacity was 1,150 and occupied for ~75%. In the Netherlands, the first
181 patient with COVID-19 was diagnosed on 27 February 2020. At the peak of the outbreak on 2
182 April 2020, 1,332 patients with COVID-19 were admitted at an ICU. The current maximum
183 national capacity is 1,800 ICU including non-COVID-19 care (14) In the remainder of this
184 paper we refer to COVID-19 ICU capacity only.

185 The daily admittance of ICU patients closely followed the trend of hospitalized
186 patients (Fig. 4). Markedly, the fraction of hospitalized patients that required an ICU shows a
187 gradual decreasing trend toward a relatively constant of 20% from the end of March onwards.
188 The case fatality of ICU patients is 30% (14) and the overall mortality of COVID-19 patients
189 (5,643 on 14 May 2020) in the Netherlands contributes to ~2% of the global death toll of the
190 pandemic (Fig. 1) (2). The cumulative ICU mortality is approximately 10% of the registered
191 COVID-19 death toll in the Netherlands. This can be well explained by the fact that
192 approximately 80% of ICU patients are below the age of 70 (14), whereas 90% of the total
193 mortality is in the age groups of 70 and older (15). Also, hospitalized patients are skewed
194 toward younger patients, with approximately 50% below the age of 70 (16). These numbers
195 highlight that hospital and ICU admittance in the Netherlands is directed towards younger
196 age groups compared to earlier studies assessing hospitalization and ICU needs (4). This
197 admittance practice significantly reduced pressure on the health care system.

198 The forecast presented here, has been based on the data until 30 April 2020, calibrating
199 the prior model parameters to the observed data on hospitalized and ICU patients, as well as
200 mortality prior to 7 April 2020. The forecast includes 500 ensemble members, and 8 iterations
201 were used in the ensemble smoother for the calibration to the data. The time-invariant prior
202 and resulting posterior model parameters are listed in Table 1. In the model prior $\alpha(t)$ values,
203 have been chosen based on expert judgement and are in the range of values used in literature
204 (8), based on the logic of contact reduction and social distancing (4, 8). They have been
205 introduced on the dates of government measures (11), with a time-interval of 5-10 days and
206 adopted a relatively large a-priori uncertainty for the social distancing strength $\alpha(t)$ with a
207 standard deviation of 10-30% of its estimated value (11). The posterior time-variant strength
208 of the effect of social distancing, reducing the transmission strength by $1-\alpha(t)$, and the
209 predicted model results for infected, hospitalized and ICU patients and mortality are shown
210 in Fig. 5A-E. The social distancing strength (Fig. 5A) have been adjusted in the ensemble

211 smoother to fit data on hospitalized (Fig. 5C) and ICU occupancy (Fig. 5D). The model is very
212 well capable of reproducing the observed hospitalization (Fig. 5C) and ICU rates (Fig. 5D) and
213 demonstrates the effectiveness of the social distancing in terms of reducing the hospitalization
214 inflow, resulting in a peak ICU occupancy in early April 2020 followed by a downward trend
215 to manageable levels on 30 April 2020 close to an occupancy of 700 ICU patients. It is expected
216 that ICU usage will further reduce well below 600 on 11 May 2020, the date the Dutch
217 government has been planning to relax the lockdown conditions. The posterior 1-$\alpha(t)$
218 evolution is marked by a rapid stepwise decrease in March 2020, in line with the government
219 restrictions. The confidence bandwidth of the 1-$\alpha(t)$ values shown in Fig. 5A is consistent with
220 the data and the prior model parameter uncertainty and possible combinations in temporal
221 change of $\alpha(t)$ resulting from data assimilation process. After 7 April 2020 in the model, the
222 $\alpha(t)$ has been considered invariable through time, resulting in a relatively narrow bandwidth
223 of future forecasts for ICU needs.

224 The mortality beyond 7 April 2020 is significantly higher than expected from the
225 hospitalization flow model. One possible explanation for this strong deviation, is that a
226 growing share of the registered deceased patients are related to care centers dedicated to
227 elderly people (Fig. 5E). Here COVID-19 has been marked by more active spreading than the
228 national trend in the last three weeks of April 2020. This may be related to a lack of testing
229 and protective measures for care-giving personnel in that setting of elderly care. It should also
230 be noted that overall many more casualties are related to COVID-19 than tested. It is estimated
231 from nationally recorded death rates that the real death toll of COVID-19 may be twice as high
232 as the registered rates indicate (15). The same applies to estimates of the fraction of the Dutch
233 population which may have been infected. Based on blood samples from Sanquin, the Dutch
234 national blood bank, up to 3.6% of the Dutch population may have been infected since the
235 outbreak (17). For this reason, we assumed in the prior of the model prior parameters that a
236 relatively low fraction (1.5%) of those infected people gets hospitalized. Consequently, the

237 predicted number of cumulative infected is significantly higher in the model than actual
238 confirmed cases (Fig. 5B). The SEIR model takes into account the effects of gradual build-up
239 of immunity through the gradual reduction of S in the mathematical formula (see methods).
240 Such a reduction can potentially contribute to social relaxation and therefore the estimation
241 of the ratio of infected and hospitalized patients is important. However, with the adopted
242 parameters, the effect of immunity build-up is rather low and not of significant influence for
243 the presented results in this paper.

244

245 *Progressively relaxing exit strategy with emergency brake*

246 For the progressively relaxing strategy we considered six scenarios (Fig. 6A-F), in
247 order to highlight key aspects of this approach and the effects of the emergency brake. The
248 first scenario is marked by a relatively large step-change, reducing on 11 May 2020 the social
249 distancing strength $\alpha(t)$ from approximately 0.8 to 0.6 with $\Delta\alpha(t) = N(-0.2,0.05)$. In absence of
250 renewed mitigation measures, the ICU needs would grow unboundedly within a couple of
251 months as displayed in Fig. 6A.

252 In the second scenario (Fig. 6B), the first scenario is complemented with an emergency
253 brake. This emergency brake is triggered either by reaching 700 ICU occupancy or if the daily
254 growth rate in ICU occupancy exceeds 20 (depicted with the colored dots in the right panels
255 of Fig. 6). The underlying full ensemble results of this scenario are also shown in Fig. 7 to
256 highlight the functioning of the emergency brake. The brake reinstates the proven social
257 distancing measure of the lockdown phase with $\alpha(t) = N(0.8,0.05)$. Effectively, this results in
258 peak ICU values which can reach up to 700-1,400 admissions. Most of the peak values in the
259 ensemble are in the range of 800-1,000 ICU beds, highlighting the long delay between the
260 activation of the brake and its effect in the ICU occupancy. Due to this delay the peak ICU
261 value is expected to show a correlation with the growth rate of ICU occupancy at the time the

287782

262 emergency brake was activated. This can indeed be observed in the ensemble results in Fig.
263 7.

264 In the third scenario (Fig. 6C), the step-change exit strategy adopts the relaxation in
265 five smaller step-changes with $\Delta\alpha(t)$ = N(-0.04,0.01), in intervals of three weeks' time, instead
266 of a single step-change of -0.2. The gradual relaxation results in a more gradual increase in
267 daily ICU needs for the entire ensemble when compared to the single step-change.
268 Consequently, the emergency brake results in a lower peak of ICU admissions, marked by
269 most of the predicted peak values between 700 and 900, and no outliers higher than 1,000.

270 In the fourth scenario (Fig. 6D), we extend the third scenario with taking progressively
271 relaxing social distancing steps in the aftermath of the emergency brake. The initiation of
272 renewed progressive steps follows after the ICU drops below 500. The relaxing steps can in
273 turn reactivate the emergency brake and consequently a cyclic pattern occurs.

274 In the fifth scenario (Fig. 6E), we extend the previous scenario with seasonal variation
275 in the reproduction number of SARS-CoV-2 (7) and evaluate its effect on waxing and waning
276 of social relaxation. For the seasonal variation, we adopt a maximum R_0 at the start of the
277 model on 1 March 2020 (R_0~3.4), and a minimum at 70% on 1 September 2020 (R_0~2.4), varied
278 with a cosine function.

279 Finally, the last scenario (Fig. 6F) takes a more conservative, progressively relaxing
280 approach in which the number of relaxing steps is limited to 2, and on average $\alpha(t) > (1-1/R_0)$,
281 resulting in a continuous down trend in ICU. In this scenario the emergency brake is only
282 triggered at the start, in a very limited number of members of the posterior. In the remainder
283 of the two years after the two progressive steps no emergency brake is used.

284 In summary, for the progressively relaxing exit scenario, a large step-change results in
285 a relatively early and possibly high peak, whereas if the change is implemented in more
286 gradual, smaller step-changes, the peak in ICU admissions is delayed and lowered. In both
287 scenarios, the emergency brake is capable of limiting forecasted ICU peaks in bounds of the

288 1,800-peak capacity in the Netherlands, but any scenario of progressively relaxing steps is at
289 some point likely to result in acceleration of growth and the triggering of the emergency brake.
290 Therefore, progressive step-change scenarios inevitably result in a high probability of a
291 resurgence of infected cases, requiring the need for mitigation measures within the first
292 months up until the first year after the relaxing of social distancing. 1-$\alpha(t)$ causes the daily
293 infections and hospitalized cases to rise. Such conditions can also be further amplified in case
294 unsolicited growth is caused by seasonal variation of the reproduction number (7).
295

296 ***The adaptive COVID-19 cruise control exit strategy***

297 As an alternative to the progressively relaxing exit strategy, we consider the ACCC to
298 steer the step-changes toward reaching and retaining a sustainable level of nominal ICU
299 capacity. For the ACCC's target ICU nominal capacity, we consider two scenarios: 200 and
300 400 ICU patients, respectively. We adopt step changes of the same size as the progressive exit
301 strategy $\Delta\alpha(t) = N(\pm 0.04, 0.01)$. Other settings are the same as in the previous scenarios, except
302 for the emergency brake for the high scenario, where the emergency threshold level for ICU
303 and daily ICU growth have been raised to 1,400 and 40, respectively. The ACCC (Fig. 8A and
304 8B) is well capable in steering toward the ICU nominal target levels without activating the
305 emergency brake. The gain in relaxation of social distancing in the high scenario is limited,
306 resulting in $\alpha(t)$ which on average is only a fraction lower (~0.03) than the low scenario, but
307 grows to ~0.05 in the last year due to slightly faster build-up of group immunity. From the
308 minor gain in social relaxation, it could be argued that the low scenario should be favored,
309 considering the more positive health effects.

310 Within an alternative scenario, we consider seasonal variation in the reproduction as
311 for the progressive relaxation scenarios (conform Fig. 6E). The results are shown for a period
312 of two years in Fig. 8C and 8D, causes an appropriate adaptive response of the ACCC, marked
313 by significant seasonal variation in $\alpha(t)$, while maintaining target ICU levels.

314 In conclusion, the ACCC strategy can effectively steer toward the targeted nominal
315 ICU rates, and the adaptive capability allows it to closely follow seasonal variation in R_0. In
316 both the low and high scenarios, the emergency brake is never activated proving ICU needs
317 remain below 700 and 1,400 ICU respectively at all times for all ensemble runs.
318

319 **DISCUSSION**

320 We analyzed two dissimilar ways to exit the lockdown that most countries worldwide
321 are enduring. A progressively relaxing strategy can initially lead to a significant reduction of
322 distancing measures but is likely related to a high peak resurgence of COVID-19 cases for
323 which inevitably an emergency brake will be needed. Alternatively, our ACCC approach
324 leads to small incremental, and constantly evaluated steps in reduction of restrictions and
325 restraining measures if necessary. The ACCC leads to a more gradual and sustainable release,
326 as it does not need to activate the emergency brake. For this reason, we prefer the ACCC
327 approach. Both strategies effectively restrict the number of ICU admissions, however both
328 also indicate that to restrict the number of ICU admissions during an exit strategy the level of
329 safe release of social distancing measures will unfortunately be rather small. In our case study
330 of the Netherlands, increasing total ICU capacity in the ACCC only minimally increases the
331 level of potential release of measures.

332 A key assumption in both strategies is that we can take limited and controlled step-
333 change sizes. However, in practice, the uncertainty of the effect of each proposed step could
334 be very high. During the exit strategy, assessing and limiting the uncertainty of the effects of
335 each step change is critically important to be able to increase the reliability of prediction and
336 guide the steering of exit strategies. Many proposals for exit scenarios consider further
337 differentiation into age, social, and risk-prone groups, for example, adding to complexity and
338 uncertainty. Evidently, research into transmission characteristics considering different
339 measures can significantly help to reduce uncertainty. However, such an approach can be

340 slow and cumbersome, and will inevitably funnel the choice of controllable steps toward those
341 which are proven, can be tested and monitored and/or are marked by little uncertainty. This
342 can lead to restraints in embracing progressively relaxing steps with uncertain outcomes. The
343 ACCC approach can open pathways toward taking limited risks to empirically explore new
344 avenues in social distancing, since we can timely counteract negative outcomes of relaxing
345 steps with follow-up restrictive steps. The explorative approach can be further enhanced
346 through appropriate diversification of measures at risk, using financial methods such as
347 modern portfolio theory (18) and considering portfolios of uncorrelated measures (e.g. for
348 subpopulations, sectors, age groups, etc.). This will not only help reducing the intrinsic
349 uncertainty of step-changes to much lower values, but at the same time it can accelerate the
350 learning path of the effect of the many different measures considered. In addition, the ACCC
351 can be improved by replacing the rather simple look ahead function by more advanced
352 machine learning and ensemble-based forecasting techniques.

353 The presented ensemble-based, data-driven and holistic model workflow in this study
354 is fully open source and can promote analysis and further development of exit strategies in
355 other countries, with alternative demographic and transmission characteristics, different
356 social structures, hospital and ICU admittance practices, and a different history of outbreak
357 and lockdown management. Data needed are limited, requiring most importantly
358 hospitalization and ICU admittance, mortality and recovery numbers, and information on
359 past government measures. The emergency brake threshold levels for ICU occupancy and
360 daily ICU growth rate need to be adapted and are recommended to be approximately 40-70%
361 and 0.5-2% of maximum ICU capacity respectively, depending on available lockdown
362 measures and the considered exit strategy.

363 **Acknowledgments:** We thank Anke Zindler for helpful comments.

364

365 **Funding:** none.

366

367 **Author contributions:** Conceptualization: J-D.v.W., S.O., M.P., O.L., L.v.B., L.B. Data curation:
368 J-D.v.W., S.O., M.P., O.L., L.v.B., L.B., M.T. Investigation: J-D.v.W., S.O., M.P., O.L., L.v.B., L.B.
369 Methodology: J-D.v.W., S.O., M.P., O.L., L.v.B., L.B. Visualization: J-D.v.W., M.v.d.K., PV.
370 Software: J-D.v.W. S.O., M.P., O.L., L.v.B., L.B. Supervision: M.H. Writing, original draft: J-
371 D.v.W., M.v.d.K., M.T.v.F. Writing, review, and editing: all authors.

372

373 **Competing interests:** Authors declare no competing interests.

374

375 **Data and materials availability:** We collected the data from publicly available data sources
376 (2, 14, 16). The modeling code and data used for our analysis is available under (*19*).

377 **REFERENCES**

378 1. World Health Organization (WHO). "Coronavirus disease (COVID-19) situation report-
379 51" (2020); Available from: https://www.who.int/docs/default-
380 source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-
381 19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
382 2. Worldometer. "COVID-19 coronavirus pandemic" (2020); Available from:
383 https://www.worldometers.info/coronavirus/
384 3. World Health Organization (WHO) regional office for Europe. "COVID-19 Health
385 system response monitor" (2020); Available from:
386 https://www.covid19healthsystem.org/searchandcompare.aspx
387 4. Imperial College COVID-19 Response Team. "Report 9: Impact of non-pharmaceutical
388 interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand" (2020);
389 Available from: https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-
390 college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-
391 modelling-16-03-2020.pdf
392 5. Enserink M, Kupferschmidt K. With COVID-19, modeling takes on life and death
393 importance. Science. 2020;367(6485):1414-5.
394 6. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the
395 severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. Lancet Infect Dis. 2020:pii:
396 S1473-3099(20)30243-7.
397 7. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission
398 dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science. 2020:pii: eabb5793.
399 8. Lin Q, Zhao S, Gao D, Lou Y, Yang [redacted], (10)(2e) SS, et al. A conceptual model for the
400 coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in Wuhan, China with individual
401 reaction and governmental action. Int J Infect Dis. 2020;93:211-6.

402 9. Barton CM, Alberti M, Ames D, Atkinson JA, Bales J, Burke E, et al. Call for
403 transparency of COVID-19 models. Science. 2020;368:482-3.
404 10. van Wees J-D, Osinga S, van der Kuip M, Tanck M, Hanegraaf M, Pluymaekers M, et al.
405 Forecasting hospitalization and ICU rates of the COVID-19 outbreak: an efficient SEIR
406 model.[Submitted]. E-pub: 30 March 2020.
407 doi:http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.256743 Bull World Health Organ.
408 11. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and
409 international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a
410 modelling study. Lancet. 2020;395:689-97.
411 12. Emerick AA, Reynolds AC. Ensemble Smoother With Multiple Data Assimilation.
412 Computers & Geosciences. 2013;55:3-15.
413 13. Worldpopulationreview. "Countries by density 2020"; Available from:
414 https://worldpopulationreview.com/countries/countries-by-density/
415 14. Stichting NICE. "COVID-19 infecties op de IC's [in Dutch]" (2020); Available from:
416 https://www.stichting-nice.nl
417 15. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). "Monitoring sterftecijfers
418 Nederland", 4 May 2020"; Available from: https://www.rivm.nl/monitoring-
419 sterftecijfers-nederland
420 16. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). "Epidemiologische situatie
421 COVID-19 in Nederland 6 mei 2020"; Available from:
422 https://www.rivm.nl/documenten/epidemiologische-situatie-covid-19-in-nederland-
423 6-mei-2020
424 17. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). "COVID-19 Technische briefing
425 Tweede Kamer, 22 april 2020 door (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [Technical briefing to parliament; 22
426 April 2020 by (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)"; Available from:

287782

427 https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/20200422_technische_b

428 riefing_(10)(2e) (10)(2e)e (10)(2e)_rivm_22_april.pdf

429 18. Markowitz H. Portfolio Selection. The Journal of Finance. 1952;7:77-91.

430 19. Available from: https://github.com/TNO/Covid-SEIR

431

432 **TABLE 1**

433

Parameter	E_{mean}	E_{stddev}	G_{stddev}	Unit	Description
N	80,000 (65,840)	40,000 (17,691)	-	-	$1/N$ is the starting fraction of exposed in SEIR model
M	0.9	-	-	-	Fraction of total population susceptible to COVID-19 (16)
R_0	3.2 (3.4)	0.5 (0.1)	-	day^{-1}	Initial reproduction number
σ	0.2	-	-	day^{-1}	Incubation time of 5 days (10)
γ	0.5	-	-	day^{-1}	Removal rate of infected people in self quarantine
d_{hos}	7	-	2	days	Days of illness before hospitalization
d_{hosd}	3	1	2	days	Days of hospital treatment for mortalities
d_{hosrec}	9	-	4	days	Days of hospital treatment for recovery
d_{icud}	11	-	8	days	Days of ICU treatment for mortalities (estimated from data fit Fig. 4)
d_{icurec}	24 (25)	1 (0.3)	19	days	Days of ICU treatment for recoverable case (estimated from data fit Fig. 4)
d_{rec}	12	-	-	days	Days required for recovery of mild cases (10)
f_{hos}	-	-	-		$f_{hos} = CFR_{hos} - i(t)f_{icu}$
f_{icu}	0.3 (0.31)	0.02 (0.02)	-		CFR of ICU patients (estimated from data fit Fig. 4)
h	0.015	0.005	-		Fraction of hospitalized cases (estimated from under registration and Sanquin studies (16))
$i(t)$	0.18-1	-	-		Fraction of hospitalized patients in need for IC treatment (fitted on reported rates from hospitalization and ICU with Gaussian smoothing conform Fig. 4)
$CFR_{hos} = f_{hos}+i(t)f_{icu}$	0.3	-	-		Aggregated CFR of hospitalized and ICU cases (estimated from reported mortality rates until 7 April 2020)

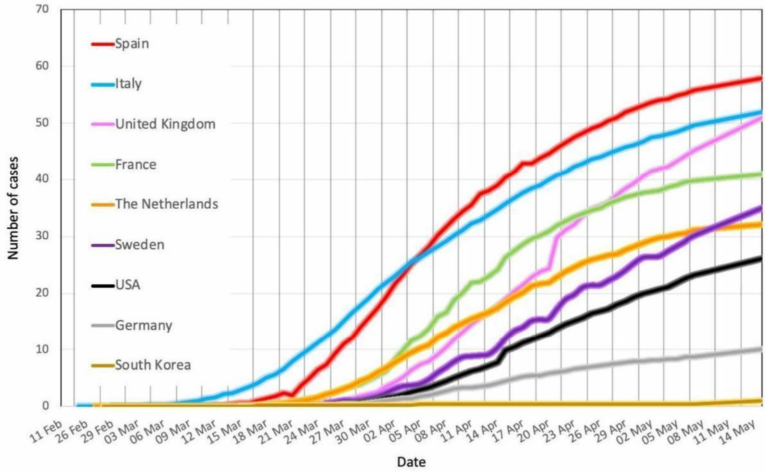
434

287782

435 **LEGEND TABLE 1**

436 **Parameters for the SEIR model.** The mean and standard deviation of prior and posterior (in
437 parentheses) normal distributions of the model parameters. For each ensemble member, the
438 patient (treatment) times d_{hos}, d_{hosrec}, d_{hosd}, d_{icurec} and d_{icud} are represented with a Gamma
439 distribution with mean sampled from N (E_{mean}, E_{stddev}) and standard deviation of G_{stddev}.

440 **FIGURE 1**

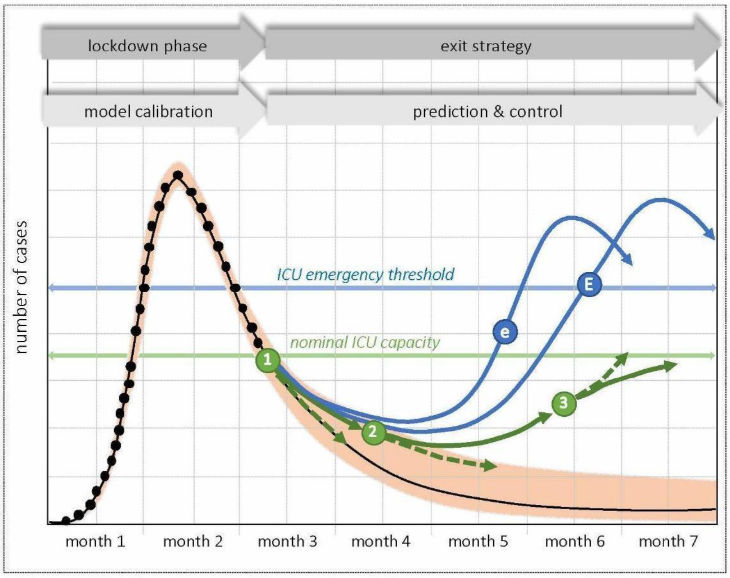


441

442 **LEGEND FIGURE 1**

443 **COVID-19 mortality per 100,000 population per country (2)** The Netherlands rank
444 intermediate (orange line) between Spain / Italy (high mortality) and Germany / South Korea
445 (low mortality).

446 **FIGURE 2**

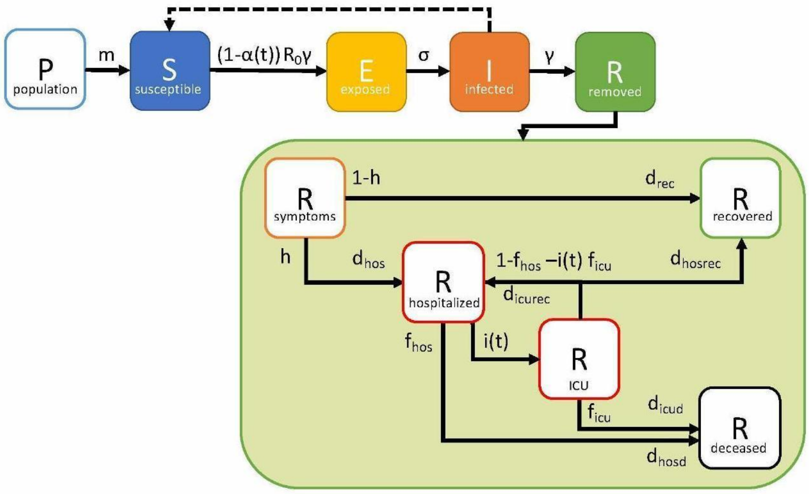


447

448 **LEGEND FIGURE 2**

449 **Schematic diagram of ICU needs, rapidly growing during the initial outbreak and**
450 **subsequently deflected under lockdown and social distancing conditions.** The exit strategy
451 is aimed at a tradeoff between limited spreading and maximizing relaxation of social
452 distancing. Two exit strategies have been considered: a progressive relaxation (blue arrows),
453 and alternatively the adaptive COVID-19 cruise control (ACCC-green arrows). In the
454 progressive scenario, an emergency brake is activated if ICU needs grow beyond the ICU
455 emergency threshold level **(E)**, or if the daily ICU growth rate exceeds a threshold level **(e)**.
456 The ACCC incorporates a biweekly adjustment of social distancing measures to flatten toward
457 a targeted nominal ICU capacity. Relaxed social distancing steps are taken at evaluation toll
458 gates **(1)** and **(2).** The relaxing measures need to be adjusted in time to constraining measures
459 to avoid unsolicited growth above nominal ICU capacity. To this end, restrictive measures are
460 taken at toll gate **(3)**. For the ACCC, the dashed and solid arrows denote the default and
461 adjusted ICU trends due to the measures at the tollgates.

462 **FIGURE 3**

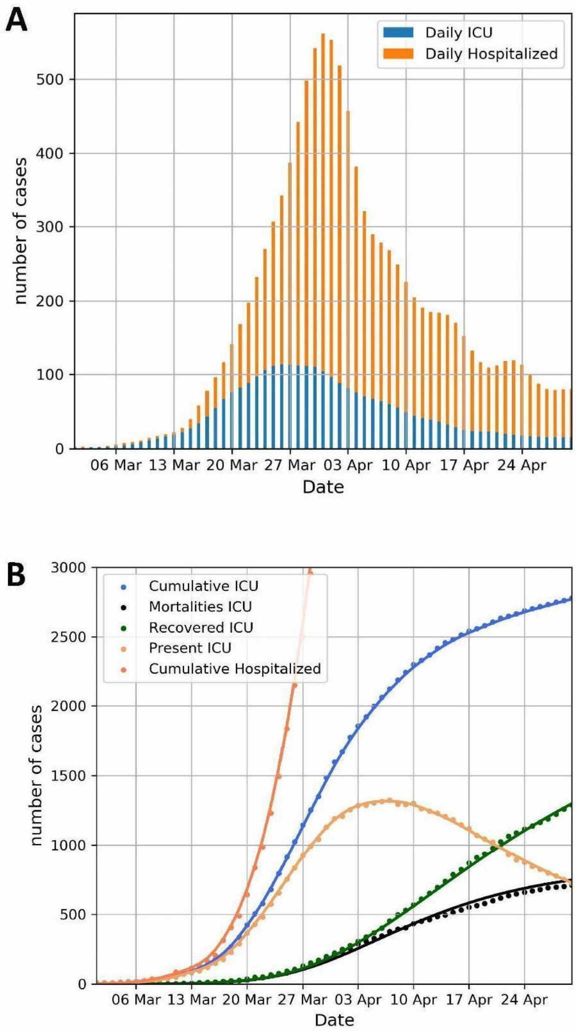


463

464 **LEGEND FIGURE 3**

465 **Schematic diagram of the SEIR model, extended for R with sub-compartments for the flow**
466 **of hospitalized patients (fraction *h*), and subsequently ICU patients (fraction *i*(*t*)).** The
467 recovery time from mild symptoms, delay and treatment times for hospitalization, and ICU
468 are marked by d_{hos}, d_{rec}, d_{hosrec} and d_{icurec}, respectively. The CFR and associated treatment periods
469 for hospitalized and ICU fatal patients are marked by f_{hos}, d_{hosd} and f_{icu}, d_{icud}, respectively.
470 Recovered ICU patients first flow back to hospital and are assumed to take d_{hosrec} for full
471 recovery. Each of the parameters can be marked by a priori constants or distributions, which
472 can be adjusted in the data calibration. Table 1 lists the adopted parameter values including
473 the prior and posterior parameters used for the case study of the Netherlands. Some of the
474 treatment times are marked by a logistic spread represented by a Gamma distribution (see
475 Table 1).

476 **FIGURE 4**

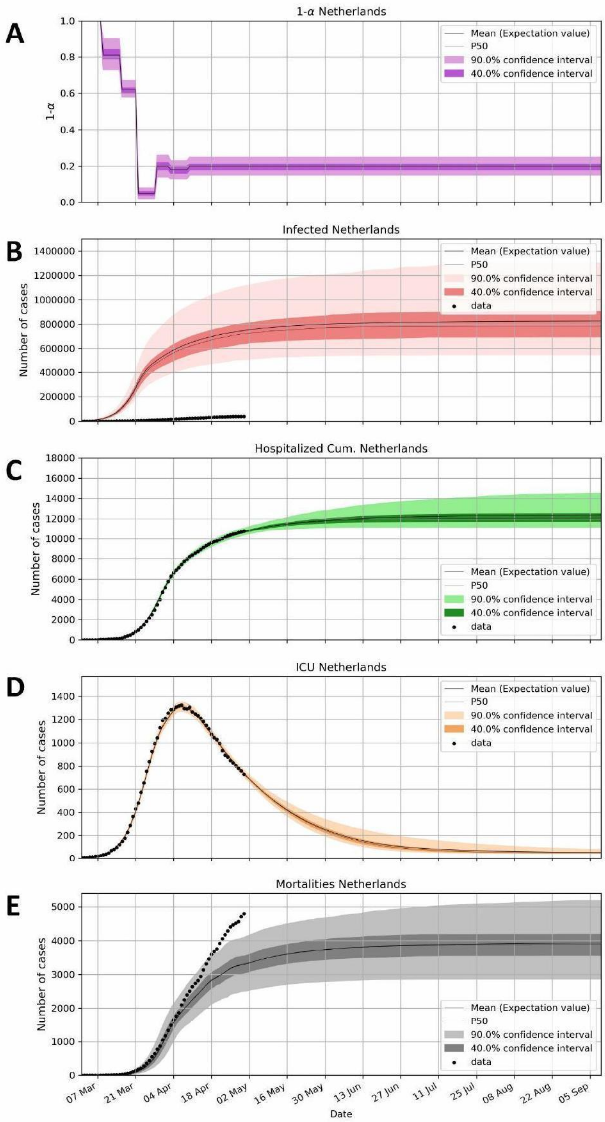


477

478 **LEGEND FIGURE 4**

479 **The Netherlands' COVID-19 ICU characteristics (period of March and April 2020). (A)**
480 Daily in-hospital and ICU admissions adjusted with a Gaussian smoother with a standard
481 deviation of 1.5 days. **(B)** Cumulative counts of hospitalized and ICU admissions (actual data
482 and smoothed lines). The daily ICU occupancy, cumulative recoveries and mortality (14) have
483 been forecasted from the daily ICU admission data with Gamma distributions for ICU
484 treatment times which differ for mortality and recovery (see Table 1). The estimated ICU
485 mortality rate is 30%.

486 **FIGURE 5**



487

488 **LEGEND FIGURE 5**

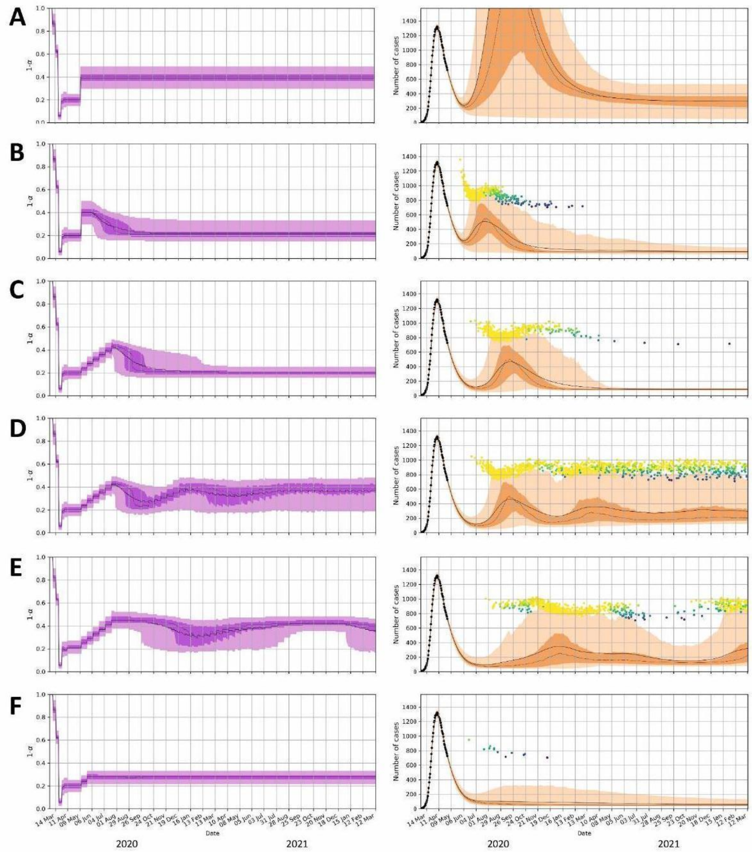
489 **Calibrated ensemble forecast based on the Netherlands' data up until the end of April 2020.**

490 **(A)** relative strength of transmission, due to social distancing measures, relative to the start

491 (1.0) of the outbreak, **(B)** cumulative infected people, **(C)** cumulative hospitalized, **(D)** ICU

492 occupancy, and **(E)** mortality. See text for explanation.

493 **FIGURE 6**

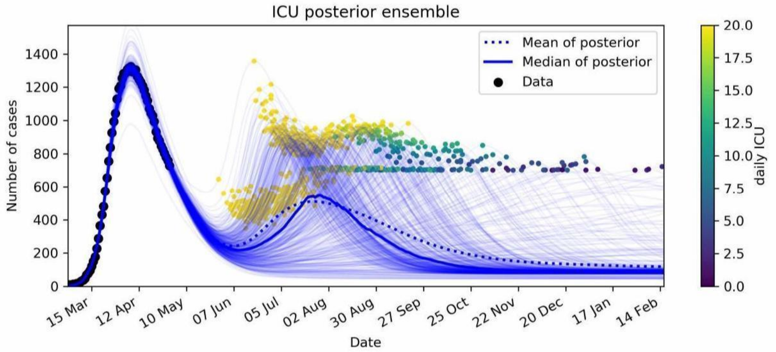


494

495 **LEGEND FIGURE 6**

496 **Progressively relaxing exit strategy.** **(A)** Large step-change with no emergency brake. **(B)**
497 Same as panel A but with emergency brake **(C)** Small step-changes with emergency brake.
498 **(D)** same as panel C with restart of relaxation when ICU < 500. **(E)** same as panel D with
499 marked by seasonal fluctuation of R_0, with a cosine function ranging from R_0~3.4 on 1 March
500 2020 to R_0~2.4 on 1 September 2020. **(F)** same as panel C with two progressively relaxing steps.
501 Figure conventions same as **Fig. 3**. The dots in the right-hand panels depict the height and
502 time of the peak ICU reached after each instance the emergency brake was activated in the
503 ensemble members. The color of the dots corresponds to the daily ICU growth at the time of
504 triggering the emergency brake (see **Fig. 7**).

505 **FIGURE 7**

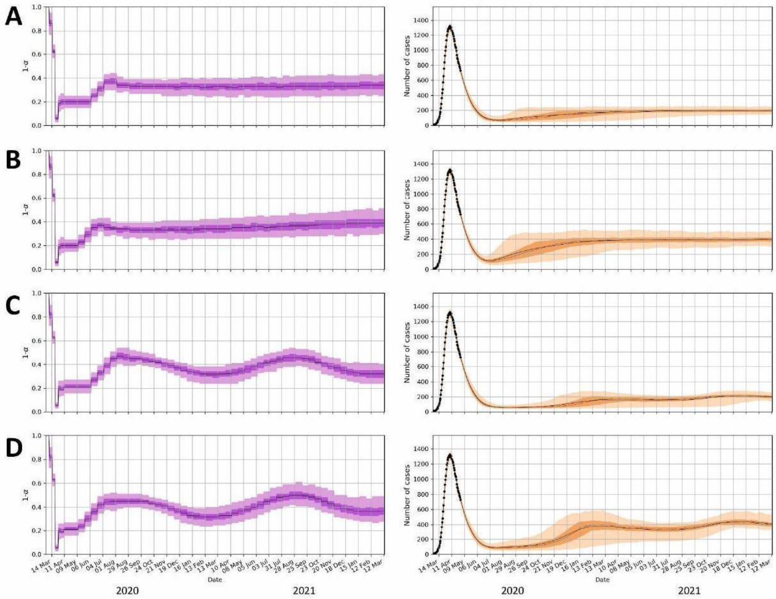


506

507 **LEGEND FIGURE 7**

508 **Emergency Brake.** Ensemble members (500) for the scenario shown in **Fig. 6B**. Two dots are
509 shown for each member of the ensemble: one at the day and ICU level the emergency brake
510 is triggered and one at the day the peak ICU is reached. The dots are colored according the
511 daily ICU growth rate at the moment of triggering of the emergency brake. Yellow dots
512 represent activation of the emergency brake by daily ICU growth rate>20. Others have been
513 triggered by ICU>700.

514 **FIGURE 8**



515

516 **LEGEND FIGURE 8**

517 **Adaptive COVID-19 cruise control (ACCC) exit strategy for two ICU nominal capacity**
518 **scenarios. (A, C)** ICU capacity of 200 and **(B, D)** ICU capacity of 400. The panels **(C)** and **(D)**
519 are marked by seasonal fluctuation of R_0, with a cosine function ranging from R_0~3.4 on 1
520 March 2020 to R_0~2.4 on 1 September 2020.

ZonMw

Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 (10)(2e)
Fax 070 (10)(2e)
www.zonmw.nl
info@zonmw.nl

Universiteit Utrecht
Faculteit der Diergeneeskunde
Faculteitsbestuur
De heer (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Postbus 80163
3508 TD UTRECHT

Dossiernummer
50-56300-98-002
Ons kenmerk
2020/15894/ZONMW

Datum
20 mei 2020

Contactpersoon
(10)(2e)
Telefoon 070 349 51 07
(10)(2e) @zonmw.nl

Onderwerp
Honorering van uw subsidieaanvraag, projectnummer **10430022010001**

Geachte heer (10)(2e),

Op 11 mei 2020 heeft u bij ZonMw een subsidieaanvraag ingediend met de titel: ***Evidence-based effective monitoring and control of Covid-19 after the initial outbreak***. Met genoegen laat ik u weten dat de commissie van het programma COVID-19 een positief advies heeft gegeven over uw aanvraag. Dat betekent dat ZonMw u de subsidie zal toekennen. In deze brief leest u hoe ZonMw tot dit besluit is gekomen en wat u moet doen voordat uw project van start kan gaan.

Beoordeling
Uw aanvraag is beoordeeld op haalbaarheid en kwaliteit. Daarnaast is bekeken of de aanvraag aan de randvoorwaarden voldoet, die ZonMw heeft gesteld om op zeer korte termijn een bijdrage te kunnen leveren aan oplossingen in het kader van de SARS-Cov2-pandemie. Tot slot is bekeken in hoeverre er aandacht is besteed aan de specifieke aanbevelingen zoals door het expertpanel geformuleerd in de uitnodiging tot indiening. De relevantie van uw aanvraag is in de voorfase al door het expertpanel vastgesteld.

Het eindoordeel over uw aanvraag luidt: **goed.**

De commissie geeft de volgende argumenten voor het eindoordeel:

De commissie is onder de indruk van de competenties van de projectgroep. In de aanvraag worden goede vragen en ideeën genoemd. Het is van belang dat het project op zeer korte termijn van start gaat.

Aandachtspunten
- De commissie is van mening dat op dit moment nog een duidelijke prioritering van vraagstukken mist. Er staan bij elke werkgroep meerdere relevante vragen, maar een duidelijk tijdspad of wie wat doet ontbreekt. De commissie vraagt u de twee of drie meest prioritaire onderzoeksvragen te selecteren waarmee het eerst aan de slag wordt gegaan. Het is begrijpelijk dat de rest van de prioriteiten op dit moment lastig is in te schatten, aangezien het erg afhankelijk is van de ontwikkelingen van dag tot dag en nieuwe inzichten die beschikbaar komen.

287788

ZonMw

- Zorg dat het proces om tot een prioritering te komen transparant is. Waarom voor een vraagstelling is gekozen dient inzichtelijk te zijn voor het algemene publiek en de mensen die mogelijk met de uitkomsten gaan werken.
- In de aanvraag worden de nodige onzekerheden aangegeven. Zorg dat specifiek wordt omschreven welke onzekerheden/beperkingen er aan de modellen zitten en zorg dat deze begrijpelijk zijn voor beleidsmakers.
- Geef in de voortgang van het project concreet aan wat het project oplevert en welke informatie en aanbevelingen er gedaan kunnen worden voor het beleid.
- De commissie onderschrijft het belang van afstemming met modelleurs uit andere landen.

Communicatie
Het is van belang een goed communicatieplan te hebben. Hoe worden de aanpak en uitkomsten gedeeld met het algemene publiek en hoe kan een beleidsmaker keuzes maken met behulp van de ontwikkelde modellen en deze ook goed uit leggen aan het publiek. Maak een communicatieplan waarin helder wordt omschreven waarom bepaalde keuzes worden gemaakt en onderbouw waarom je tussentijds zou afwijken. De commissie adviseert iemand met expertise op het gebied van communicatie naar beleidsmakers te raadplegen, aangezien goede communicatie naar beleidsmakers bij dit project van groot belang is.

Flexibiliteit
Op dit moment wordt uit de aanvraag niet duidelijk wat welke werkgroep op gaat leveren. De commissie adviseert een basisbudget te geven aan elke werkgroep en een deel van het budget te reserveren voor flexibele investeringen. Als een werkgroep extra activiteiten of inspanningen verricht kunnen ze daar budget voor krijgen uit het gereserveerde budget. De adviesgroep van het project kan hier mogelijk sturing aan geven.

Open science & FAIR data
Er is een aantal punten met betrekking tot Open science & FAIR data in de subsidieaanvraag nog niet goed uitgewerkt.
- Een datasteward is nog niet aangesteld. Voordat het project van start kan gaan is het noodzakelijk een datasteward te hebben.
- Er is nog geen keuze gemaakt in ‘Requirement 3: FAIR data within COVID-19 research community’. Maak samen met de aan te stellen datasteward een keuze over requirement 3.
- Op dit moment is het gereserveerde budget voor FAIR data niet goed omschreven. Het betreft 1% van het opgevoerde budget. De commissie adviseert 5% van het budget te reserveren voor FAIR data.

Deze aanpassingen verwacht ZonMw te ontvangen voor het eerste voortgangsoverleg met de commissie (na 3 maanden).

Aanvullende voorwaarden
- ZonMw ontvangt graag een onderbouwde keuze voor de twee of drie prioriteiten die gekozen zijn om mee te beginnen. Onderbouw de keuze met een passende methode. Geef daarnaast aan hoe de verdere prioritering plaats vindt. Dit mag zeer kort en beknopt (max 2A4).
- Daarnaast dient de datasteward bekend te zijn en te worden gemeld.

Graag ontvangt ZonMw uiterlijk **op 28 mei** 2020 een reactie op bovenstaande punten per mail (10)(2e)@zonmw.nl **.**

ZonMw

Financiering

Hoogte subsidiebedrag
De financiële bijdrage van ZonMw voor uw project bedraagt maximaal € 500.000,- conform uw ingediende begroting, voor de duur van maximaal 12 maanden. Dit bedrag is inclusief eventueel verschuldigde BTW. Van de verschillende posten dient bij de eindafrekening een specificatie te worden aangeleverd.

Inkoop derden
Daarnaast wijzen wij u op het feit dat er bij de uitvoering van uw project mogelijk diensten worden ingekocht bij derden. U dient na te gaan of dit voor uw aanvraag het geval is, dit kan volgen uit de specificaties van ontvanger(s) in de ingediende begroting. Dit wordt dan gezien als opdrachtverlening. U dient hierbij de aanbestedingsregels die van toepassing zijn in acht te nemen. Ook dient u er rekening mee te houden dat inkoop/aanbesteding onder dezelfde voorwaarden dient plaats te vinden als die waaronder de subsidie wordt verstrekt. Dit dient u met betrokken partijen vast te leggen. Daarnaast betekent dit dat er bij de eindafrekening ook duidelijkheid moet worden verschaft over de gemaakte kosten (inclusief BTW).

Consortium-/samenwerkingsovereenkomst
Indien u binnen dit project met meerdere partijen samenwerkt, wordt u geacht een finale conceptversie (goedgekeurd door partijen, maar nog niet ondertekend) van een consortiumovereenkomst in te dienen bij ZonMw, op basis waarvan ZonMw de afspraken daarin zal toetsen aan het EU-steunkader en de algemene subsidiebepalingen ZonMw. Immers indien er sprake is van samenwerking mag dit staatssteunrechtelijk geen voordeel opleveren voor de betrokken ondernemingen.

In de consortiumovereenkomst moet u ten minste alle items specificeren als beschreven onder juridische aspecten op de ZonMw-website en de ZonMw-voorwaarden. We raden u aan om het ZonMw modelcontract te gebruiken. Dit zal de beoordeling versnellen. Indien u een ander format gebruikt neemt de beoordeling meer tijd in beslag. Let op, het feit dat er meerdere partijen betrokken zijn wil niet altijd zeggen dat er sprake is van samenwerking, het kan ook zijn dat er sprake is van inkoop. ZonMw adviseert u om de juridische afdeling van uw organisatie bij deze afweging te betrekken. Meer informatie kunt u hier vinden:
https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/cofinanciering/juridische-aspecten-bij-samenwerken.

Sponsoring van een derde is toegestaan onder de voorwaarde dat er een sponsorovereenkomst wordt opgesteld waarin de rol, betrokkenheid, eventuele licentie overeenkomsten, voor- en achtergrond IP-regelingen en financieel de verbintenissen van de medefinancieringspartner(s) worden beschreven.

ZonMw behoudt zich het recht voor om het subsidiebesluit terug te draaien indien de consortium overeenkomst en / of sponsorovereenkomst (bewijs van cofinanciering) niet gevestigd is of niet aanvaardbaar is krachtens de Europese wet inzake staatssteun en / of Algemene subsidievoorwaarden ZonMw. ZonMw adviseert u om de juridische afdeling, de valorisatie afdeling of de Technology Transfer Office (TTO) van uw organisatie in een zo vroeg mogelijk stadium te betrekken.

Subsidievoorwaarden
Zoals u bekend, zijn aan de subsidieverlening voorwaarden verbonden. De Algemene subsidievoorwaarden ZonMw blijven, voor zover relevant voor deze incidentele subsidie, onverkort van toepassing. Deze subsidievoorwaarden kunt

u downloaden via de website van ZonMw:
www.zonmw.nl/subsidievoorwaarden.

Ik wil u erop wijzen dat ZonMw pas een voorschot uitkeert als aan alle eisen voor het uitvoeren van het onderzoek is voldaan. Ik raad u dan ook aan eventuele procedures hiervoor tijdig te starten. Denkt u bijvoorbeeld aan een positief oordeel van een erkende medisch-ethische toetsingscommissie (METC), de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), een projectvergunning van de Centrale Commissie Dierproeven (CCD), of een vergunning krachtens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO). Als u niet zeker weet of uw project dergelijke verklaringen of vergunningen nodig heeft, kunt u dit nagaan bij de betreffende instanties.

Integriteit
Artikel 2, lid 3 van de Algemene subsidiebepalingen ZonMw impliceert dat de nationaal en internationaal aanvaarde normen van wetenschappelijk handelen worden nageleefd zoals neergelegd in de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit (2018), dan wel vergelijkbare codes voor niet-universitaire instellingen. In geval van (mogelijke) schending van voornoemde normen bij een door ZonMw gefinancierd project, dient ZonMw hiervan onverwijld op de hoogte te worden gesteld en dienen alle ter zake relevante documenten aan ZonMw te worden overgelegd.

ZonMw bepaalt dat de bijlage Akkoord bekostiging wetenschappelijk onderzoek 2008 en het addendum, conform artikel 7 van het akkoord niet integraal van toepassing zijn op deze subsidie. Deze worden zoveel mogelijk analoog toegepast voor zover het akkoord of het addendum niet strijdig zijn met de Algemene subsidiebepalingen van ZonMw. De Algemene subsidiebepalingen van ZonMw zijn, zoals al in het bovenstaande is aangegeven, te allen tijde leidend. Zo zal ZonMw bijvoorbeeld altijd vaststellen op basis van werkelijke kosten van de activiteit. Ik wijs u er in dit verband op dat, voor zover subsidie is verleend voor de werkelijke kosten van een activiteit, kosten die in redelijkheid niet als noodzakelijk kunnen worden beschouwd buiten beschouwing worden gelaten.

Wat moet u doen?

Belangrijk: schriftelijke bevestiging binnen drie weken
ZonMw kan u een voorschot voor het eerste deel van het project verstrekken. Dit is echter pas mogelijk als u heeft ingestemd met de subsidievoorwaarden en het project daadwerkelijk gestart is. Wilt u daarom zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk **voor 10 juni** schriftelijk onderstaande informatie doorgeven aan ZonMw? Hiervoor kunt u gebruikmaken van het bijgevoegde meldingsformulier:

- uw instemming met de voorwaarden die van toepassing zijn op de toekenning van de financiële bijdrage;
- de startdatum van uw project;
- de bank- en referentiegegevens voor de betalingen van de subsidie;
- Ten aanzien van de goedkeuring van de METC of CCD:
  - Als geen verklaring(en) is vereist, stuurt u een schriftelijke bevestiging hiervan.
  - Als de verklaring(en) noodzakelijk is voor de start van het project, stuurt u de verklaring voor de start van het project aan ZonMw.
  - In het geval de verklaring(en) pas later in het project vereist is, geeft u aan wanneer de verklaring(en) nodig is. Dit is maximaal één jaar na de start van het project. ZonMw keert dan een voorschot uit voor het eerste projectjaar. Verdere voorschotten kan ZonMw alleen betalen als een kopie van de verklaring(en) is ontvangen.

Ik wijs u erop dat het project zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk 3 weken na dagtekening van deze brief moet beginnen (op 10 juni). Gaat het project later van start, dan vervalt de honorering van uw aanvraag. Hiervan kan alleen in zeer bijzondere gevallen worden afgeweken.

Publiekssamenvatting
ZonMw publiceert alle gehonoreerde projecten op haar website met een leesbare Nederlandse samenvatting. Deze is bedoeld voor een breed geïnteresseerd publiek met verschillende achtergronden, op taalniveau eind VWO. Zie de schrijfwijzer op http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/logo-huisstijl. Wij verzoeken u deze Nederlandse publiekssamenvatting zo spoedig mogelijk, maar tenminste binnen vier weken na dagtekening van deze brief aan te leveren. Hiervoor kunt u in ProjectNet het tekstvak '*Publiekssamenvatting*' gebruiken (maximaal 1000 karakters, inclusief spaties).

Voortgangsverslag en begeleidingscommissie
U project is gehonoreerd binnen dit urgente traject vanwege het belang van dit onderzoek voor het verloop en de uitkomst van deze SARS-Cov2-pandemie. ZonMw en haar opdrachtgevers willen graag op de hoogte blijven van de voortgang van uw project. Hiervoor verzoeken we u om ons tweewekelijks per mail een korte update te sturen over de belangrijkste punten uit vorige periode en plannen voor de komende periode binnen uw project. U ontvangt hier binnenkort van het programmasecretariaat een kort format voor.
Daarnaast zal ZonMw voor elke voortgangsbespreking een compact voortgangsverslag opvragen om een efficiënte voortgangsbespreking te organiseren. In de voortgangs- en eindrapportage rapporteert u naast de voortgang ook over uw communicatie plan.
ZonMw nodigt u elke 3 maanden uit voor voortgangsbesprekingen met een kleine begeleidingscommissie, waarin de stand van zaken van het project wordt besproken. Dit overleg kan ook gebruikt worden om adviezen van de commissie te verkrijgen.

Graag wijzen wij u er tevens op dat u verplicht bent tussentijdse wijzigingen ten opzichte van het ingediende projectplan vooraf voor te leggen aan ZonMw. Pas na goedkeuring door ZonMw zijn de wijzigingen toegestaan.

Kennisbenutting
Het is met name voor dit project de van belang dat de resultaten toepassing vinden in de praktijk of een rol spelen bij het maken van beleid. Tevens kunnen zij een volgende stap vormen in een wetenschappelijke carrière of de basis vormen voor een nieuw project. Om dit te borgen en u eventueel daarbij te ondersteunen, stellen wij u in updates, de voortgangs- en eindverslag diverse vragen over verspreiding- en implementatie. Ook dienen publicaties over en resultaten van het project tot vier jaar na afronding via ProjectNet aan ZonMw te worden aangeboden. Daarnaast bent u verplicht om ZonMw in deze periode te informeren over het gebruik van de resultaten.

Open Science
ZonMw en NWO hebben het internationale statement ondertekend om in de strijd tegen COVID-19 onderzoeksresultaten en data zo snel mogelijk openbaar te maken. Voor de COVID-19-projecten betekent dit het volgende. Zie ook https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/nwo-en-zonmw-open-access-in-strijd-tegen-coronavirus/

Datamanagement
U dient een datamanagementplan te schrijven. Doe dit in samenwerking met uw datasteward. Volg voor de instructies voor datamanagement en het plan deze link https://www.zonmw.nl/en/research-and-results/fair-data-and-data-management/open-science-in-covid-19-research/ en de tap '*What researchers*

need to do for a grant proposal and research project'. Maak bij het opstellen van uw datamanagementplan gebruik van de plannen die u al heeft voorbereid bij de subsidieaanvraag en eventuele aanwijzingen daarvoor in deze brief. Voor het onderdeel 'metadata' ontvangt u later bericht, omdat u daarvoor gebruik kunt maken van een metadata template dat voor COVID-19-onderzoek ontwikkeld gaat worden.

Wat doen wij met uw datamanagementplan? Zoals gebruikelijk en toegelicht op de website bent u zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van het plan en geeft ZonMw geen inhoudelijke feedback op individuele datamanagementplannen. Wij gebruiken het plan wel om inzicht te krijgen in de aanpak van datamanagement in de projecten. Verder monitort ZonMw wat u doet op het gebied van datamanagement gedurende en aan het einde van uw project aan de hand van enkele kerngegevens ('key items') m.b.t. FAIR data, die u met de invultabel op www.zonmw.nl/en/research-and-results/fair-data-and-data-management/data-management-in-your-project kunt invullen.

Wij ontvangen graag uiterlijk 21 juni 2020 uw datamanagementplan en (voorlopige) kerngegevens. Beide kunt u sturen naar covid1[redacted]@zonmw.nl

Open Access publicaties
Binnen deze regeling dienen onderzoekers alle publicaties die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek dat geheel of gedeeltelijk door ZonMw gesubsidieerd is, onmiddellijk (zonder embargo) open access beschikbaar te stellen met een open licentie. Voor de voorwaarden verwijzen wij u naar de 'Uitnodiging tot uitwerken van een onderzoeksvoorstel voor incidentele subsidie COVID-19'. U dient te rapporteren over uw publicaties in het voort- en eindverslag. Indien u open access publicatiekosten heeft opgenomen in de projectbegroting dient u t.z.t. de naam van het journal en een bewijs van betaling *Article Processing Charges* te mailen naar covid1[redacted]@zonmw.nl en (10)(2e) @zonmw.nl.

Communicatie
Vermeld in uw communicatie met ZonMw altijd het projectnummer. Nu uw aanvraag gehonoreerd is, vervalt het oorspronkelijke nummer en geldt het nieuwe projectnummer: **10430022010001**.

De subsidieontvanger dient bij alle communicatie over het project te verwijzen naar de subsidie van ZonMw. Bij de communicatie wordt het logo van ZonMw gebruikt en het programma genoemd waaruit het project is mogelijk gemaakt. Vanwege de urgentie en het belang van uw onderzoek is er meer publieke belangstelling voor onderzoek naar corona en COVID-19. Wij stellen het op prijs als u uw externe communicatie afstemt met onze communicatie over uw onderzoek. Op die manier versterken we elkaar. Communicatie met pers dient u af te stemmen met onze woordvoerder (contactgegevens staan op https://www.zonmw.nl/nl/contact/)

Mocht u nog vragen hebben over deze brief, neemt u dan gerust contact op met de medewerker die in het briefhoofd vermeld staat. Als u ontevreden bent over de wijze waarop ZonMw uw aanvraag heeft behandeld, kunt u dit signaleren of een klacht indienen (zie de website: www.zonmw.nl/signalerenklagenbezwaarmaken).

Dossiernummer
50-56300-98-002

Ons kenmerk
2020/15894/ZONMW

Datum
20 mei 2020

Ik wil u nogmaals feliciteren met de honorering van uw subsidieaanvraag.
Veel succes bij de uitvoering van uw project!

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Algemeen directeur
(10)(2e)

Kopie:
(10)(2e) (10)(2e)

Bijlage(n):
Meldingsformulier start project (bestemd voor projectleider/penvoerder en bestuurlijk verantwoordelijke)
Beoordelingsformulier commissielid met adviezen aan projectteam

287792

STATENS SERUM INSTITUT

COVID-19 i Danmark

Epidemiologisk overvågningsrapport

08-05-2020 – data opdateret kl. 08:00

Oversigt

	Bekræftede tilfælde	Indlagte i dag*	Heraf indlagte på intensiv afdeling*	Heraf indlagte på intensiv og i respirator*	Overstået infektion**	Døde (%)***
Antal i dag	10.218	205	42	35	7.927	522 (5,1)
Ændring siden i går	135	6	-1	-4	216	8

* Kilde: Data er indrapporteret fra regionernes IT systemer og er et øjebliksbillede

** Patienter med påvist COVID-19 infektion kan tidligst klassificeres som "overstået COVID-19 infektion" 14 dage efter den positive test, hvilket betyder, at der er mindst 14 dages forsinkelse på dette tal. Se definitionen af "overstået COVID-19 infektion" i *Epidemiologisk trend og fokus* af 1. april 2020.

*** Opgørelsen omfatter dødsfald, der er registreret indenfor 30 dage efter påvist COVID-19-infektion. COVID-19 er ikke nødvendigvis den tilgrundliggende årsag til dødsfaldet. Dødsfald er hentet fra CPR-registret og Dødsårsagsregistret.

Epidemiologisk information

Fra slutningen af februar til den 11. marts testede man primært personer med både milde og mere alvorlige luftvejssymptomer, der rejste til Danmark fra lande med høj smittespredning med COVID-19. Dette skete som led i inddæmningsfasen.

Fra den 12. marts overgik Danmark til afbødningsstrategien, hvor man i første omgang testede personer med indlæggelseskrævende symptomer for COVID-19. Efter den 12. marts er teststrategien løbende blevet justeret. Udover personer med indlæggelseskrævende symptomer, testes personer med COVID-19-symptomer, hvor der over tid ses forværring, hvor personen tilhører gruppen af særligt sårbare individer, samt gravide med symptomer på COVID-19.

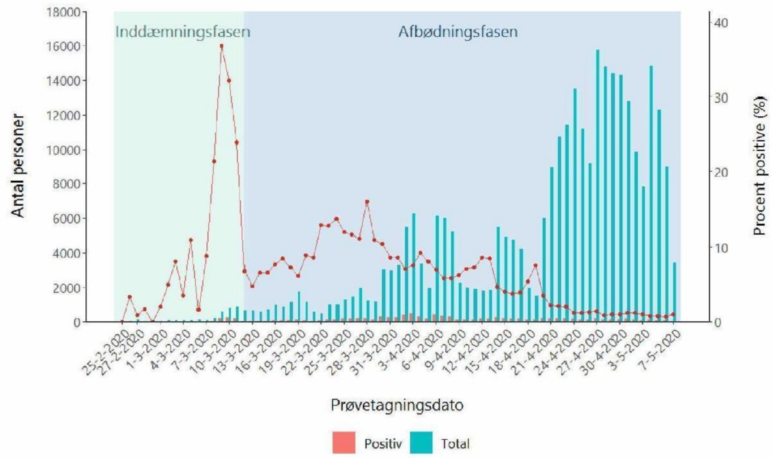
Fra den 1. april 2020 er der udført udvidet testning så bl.a. patienter med milde symptomer samt ansatte i sundheds- og ældresektroen med milde symptomer og som har tæt kontakt til borgere eller patienter kan testes. Derudover kan de praktiserende læger efter vurdering af patienter med milde symptomer også henvise disse til testning. Disse ændringer af teststrategien betyder at antal bekræftede tilfælde ikke kan sammenlignes over tid.

Antal testede personer er defineret som antal personer, for hvem der foreligger et prøveresultat kl. 08:00 (positiv eller negativ). Der kan være personer, som er testet, men hvor prøveresultatet ikke foreligger når dagens data opgøres. De indgår i næste dags rapport.

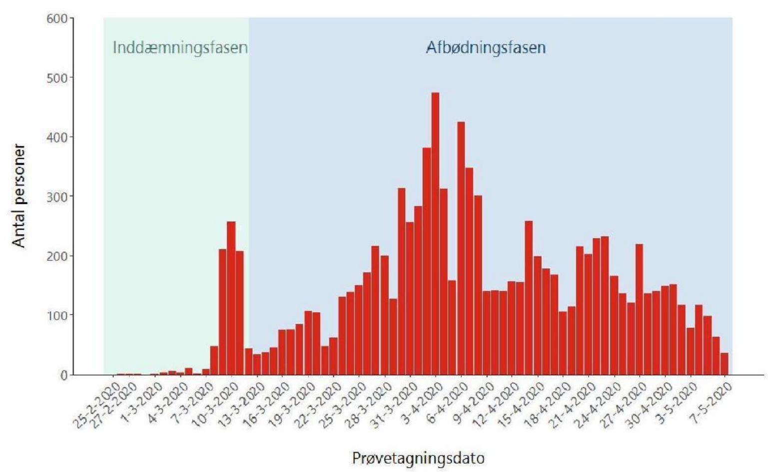
287792

STATENS SERUM INSTITUT

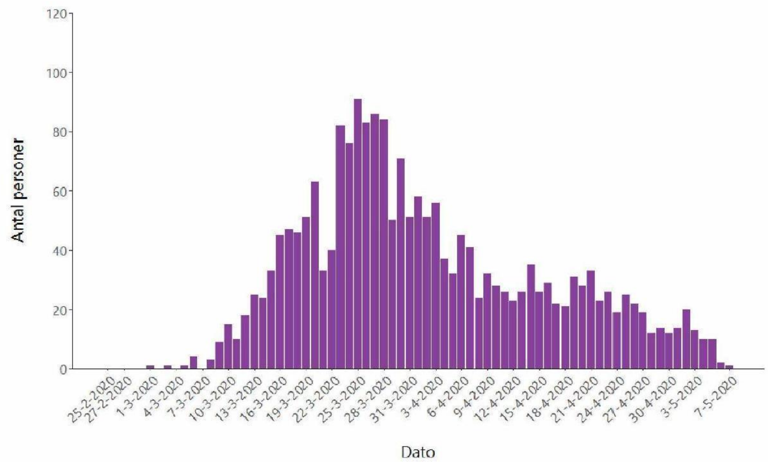
Figur 1. Personer som er testet positiv for COVID-19, antal testede personer samt procent der er testet positiv (rød kurve) opgjort per dag.



Figur 2. Antal COVID-19 tilfælde fordelt på prøvetagningsdato.



Figur 3. Antal nyindlæggelser* for patienter med laboratoriebekræftet COVID-19 fordelt på indlæggelsesdato**

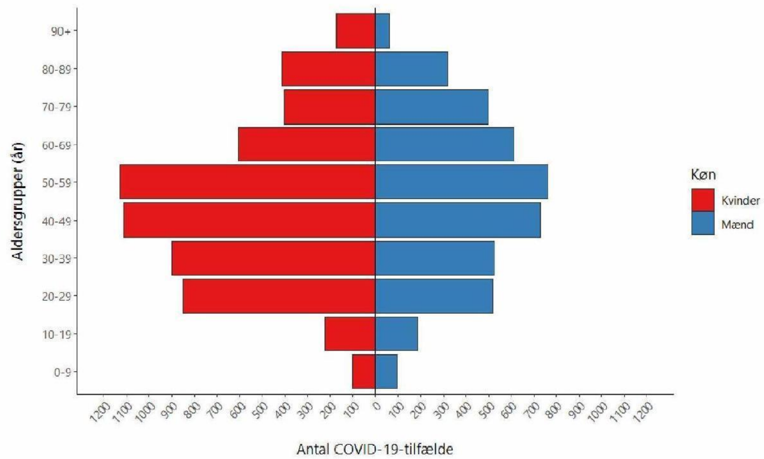


* Data er baseret på Landspatientregistret og det daglige øjebliksbillede fra regionernes IT systemer. Data vil ændre sig i opgørelsen over tid, når mere information tilgår.

** For personer som har været indlagt mere end 48 timer før prøven er taget angives prøvetagningsdato.

STATENS SERUM INSTITUT

Figur 4. Antal COVID-19-tilfælde fordelt på køn og alder.



STATENS SERUM INSTITUT

Opgørelser fordelt på regioner og kommuner

Tabel 1. Antal patienter indlagt med bekræftet COVID-19 opgjort dags dato kl. 07.00

Region	Antal indlagte på sygehus i alt	Heraf indlagte på en intensiv afdeling	Heraf indlagte på intensiv og i respirator
Hovedstaden	124	21	18
Sjælland	43	4	3
Syddanmark	9	2	2
Midtjylland	20	11	9
Nordjylland	9	4	3
I alt	**205**	**42**	**35**

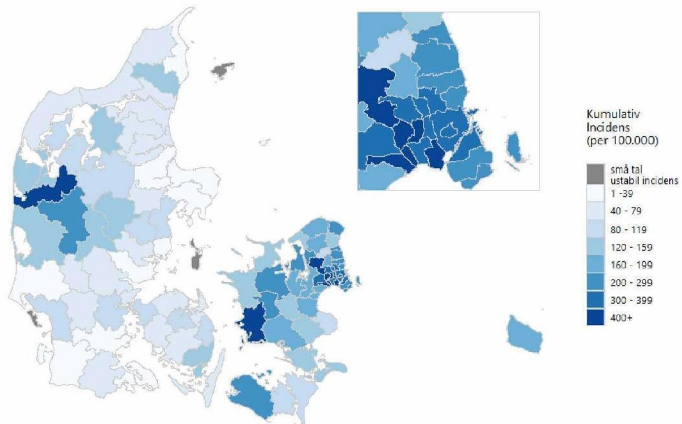
Kilde: Data er indrapporteret fra regionernes IT systemer og er et øjebliksbillede

Tabel 2. Udvikling i antal patienter indlagt med bekræftet COVID-19 seneste 7 dage

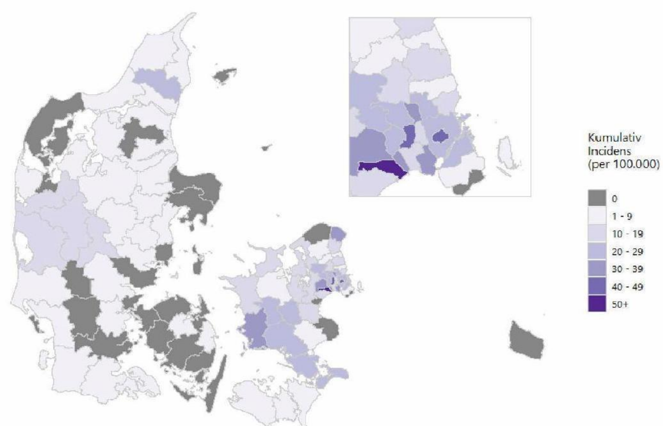
	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Hele landet
% ændring fra 7. til 8. maj	3%	16%	0%	-9%	-10%	3%
8. maj	124	43	9	20	9	205
7. maj	121	37	9	22	10	199
6. maj	128	36	11	24	10	209
5. maj	134	43	12	28	11	228
4. maj	147	52	13	28	12	252
3. maj	139	50	12	29	13	243
2. maj	133	48	12	26	13	232

Kilde: Data er indrapporteret fra regionernes IT systemer og er øjebliksbilleder fra kl. 7 den pågældende dato

Figur 5A. Antal COVID-19-tilfælde i alt per 100.000 indbyggere (kumulativ incidens) fordelt på kommuner, med zoom på københavnsområdet øverst til højre



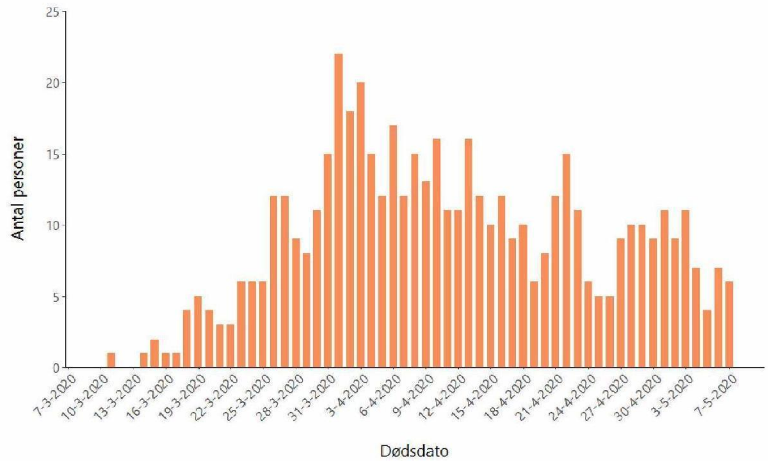
Figur 5B. Antal nye COVID-19-tilfælde per 100.000 indbyggere, de seneste 7 dage, fordelt på kommuner, med zoom på københavnsområdet øverst til højre



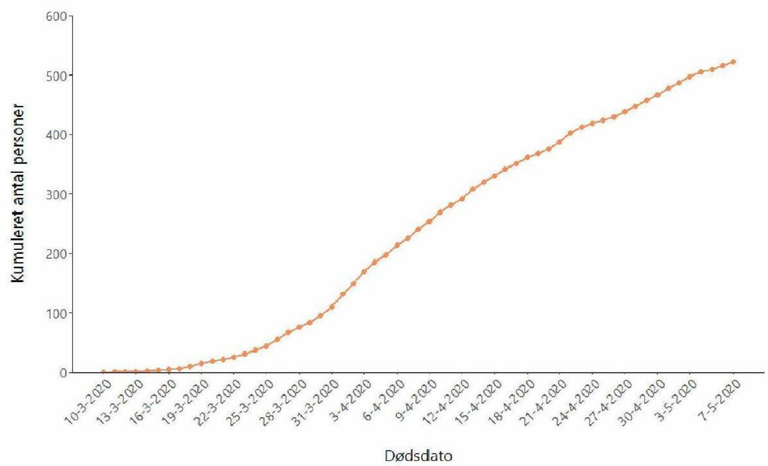
287792

STATENS SERUM INSTITUT

Figur 6. Antal dødsfald med COVID-19-infektion, fordelt på dødsdato



Figur 7. Kumuleret antal dødsfald med COVID-19-infektion, fordelt på dødsdato

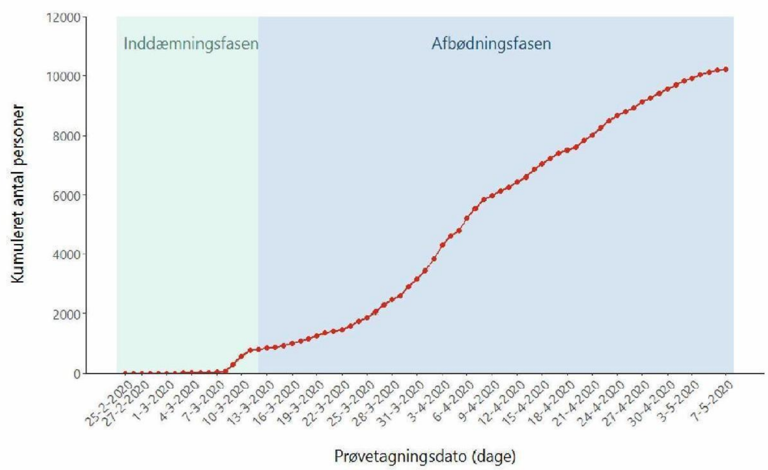


287792

STATENS SERUM INSTITUT

Bilag

Figur 8. Kumuleret antal COVID-19-tilfælde fordelt på prøvetagningsdato



STATENS SERUM INSTITUT

Tabel 3. Antal bekræftede COVID-19-tilfælde, testede personer og andel positive fordelt per prøvedato de seneste 14 dage

Prøvedato	Laboratoriebekræftede COVID-19 tilfælde*	Antal testede for COVID-19*	Andel positive af alle testede*
27. januar - 24. april	8.656	148.970	5,8
25. april	136	11.171	1,2
26. april	121	9.205	1,3
27. april	219	15.718	1,4
28. april	136	14.787	0,9
29. april	140	14.378	1,0
30. april	149	14.303	1,0
1. maj	152	12.791	1,2
2. maj	117	9.861	1,2
3. maj	78	7.812	1,0
4. maj	117	14.834	0,8
5. maj	98	12.295	0,8
6. maj	63	8.956	0,7
7. maj	36	3.402	1,1
8. maj	0*	5*	0,0*
I alt	**10.218**	**298.488**	**3,4**

* Tallet er for antal testede, der var testsvar på dags dato inden kl. 8. Tallet vil blive opdateret i morgen. Antal testede for COVID-19 på en given prøvedato kan i nogle tilfælde ændre sig over tid som følge af gentestning af personer, og revision af tidligere prøver på de Kliniske Mikrobiologiske afdelinger.

Tabel 4. Antal og procent COVID-19-tilfælde fordelt på køn og alder

Aldersgrupper (år)	Kvinder (%)	Mænd (%)	I alt
0-9	100 (51)	95 (49)	195
10-19	222 (54)	188 (46)	410
20-29	850 (62)	518 (38)	1.368
30-39	901 (63)	526 (37)	1.427
40-49	1.114 (60)	728 (40)	1.842
50-59	1.131 (60)	763 (40)	1.894
60-69	605 (50)	613 (50)	1.218
70-79	401 (45)	499 (55)	900
80-89	412 (56)	319 (44)	731
90+	171 (73)	62 (27)	233
I alt	**5.907 (58)**	**4.311 (42)**	**10.218**

Tabel 5. Antal COVID-19-tilfælde og testede personer fordelt på alder

Aldersgrupper (år)	Laboratoriebekræftede COVID-19-tilfælde	Antal testede personer	Andel positive (%)
0-9	195	16.425	1,2
10-19	410	16.764	2,4
20-29	1.368	35.126	3,9
30-39	1.427	44.262	3,2
40-49	1.842	52.330	3,5
50-59	1.894	54.421	3,5
60-69	1.218	37.759	3,2
70-79	900	24.299	3,7
80-89	731	13.292	5,5
90+	233	3.810	6,1
I alt	**10.218**	**298.488**	**3,4**

STATENS SERUM INSTITUT

Tabel 6. Antal COVID-19 tilfælde fordelt på region

Region	Laboratoriebekræftede COVID-19-tilfælde	Befolkning	Kumulativ incidens (per 100.000)
Hovedstaden	5.696	1.846.023	308,6
Sjælland	1.626	837.359	194,2
Syddanmark	905	1.223.105	74,0
Midtjylland	1.524	1.326.340	114,9
Nordjylland	414	589.936	70,2
I alt	**10.165**	**5.822.763**	**174,6**

Note: 53 COVID-19-tilfælde har ikke folkeregisteradresse i Danmark.

Tabel 7. Antal COVID-19-tilfælde fordelt på landsdel

Landsdel	Laboratoriebekræftede COVID-19-tilfælde	Befolkning	Kumulativ incidens (per 100.000)
København by	2.559	794.128	322,2
Københavns omegn	2.063	548.370	376,2
Nordsjælland	1.005	463.942	216,6
Bornholm	69	39.583	174,3
Østsjælland	461	250.702	183,9
Vest- og Sydsjælland	1.165	586.657	198,6
Fyn	417	498.506	83,6
Sydjylland	488	724.599	67,3
Østjylland	665	897.129	74,1
Vestjylland	859	429.211	200,1
Nordjylland	414	589.936	70,2
I alt	**10.165**	**5.822.763**	**174,6**

Note: 53 COVID-19-tilfælde har ikke folkeregisteradresse i Danmark.

287792

STATENS SERUM INSTITUT

Tabel 8. Antal testede, COVID-19 tilfælde, indlagte og døde fordelt på region

Region	Antal testede	Antal COVID-19 tilfælde	Antal der er/har været indlagt på sygehus*	Antal døde**
Hovedstaden	109.902	5.696	1.059	304
Sjælland	42.320	1.626	433	100
Syddanmark	56.169	905	227	30
Midtjylland	58.209	1.524	269	67
Nordjylland	30.954	414	99	21
I alt	**297.554**	**10.165**	**2.087**	**522**

Note: 934 COVID-19-testede, 53 COVID-19-tilfælde og 2 COVID-19 indlagte har ikke folkeregisteradresse i Danmark.

*Indlæggelser er baseret på tal fra Landspatientregistret og omfatter patienter der er eller har været indlagt mere end 12 timer. En relevant indlæggelse er defineret som en indlæggelse indenfor 14 dage efter prøvetagningsdato for en positiv SARS-CoV-2 prøve. Der er en vis forsinkelse i indberetningerne til Landspatientregistret.

**Opgørelsen omfatter dødsfald, der er registreret indenfor 30 dage efter påvist COVID-19 infektion. COVID-19 er ikke nødvendigvis den tilgrundliggende årsag til dødsfaldet. Dødsfald er hentet fra CPR-registret og Dødsårsagsregistret.

287792

STATENS
SERUM
INSTITUT

Tabel 9. Antal dødsfald med COVID-19 infektion, vist på dødsdato*

Dato	Antal dødsfald med COVID-19-infektion	Dato	Antal dødsfald med COVID-19-infektion	Dato	Antal dødsfald med COVID-19-infektion
11-03-2020	1	31-03-2020	15	20-04-2020	8
12-03-2020	0	01-04-2020	22	21-04-2020	12
13-03-2020	0	02-04-2020	18	22-04-2020	15
14-03-2020	1	03-04-2020	20	23-04-2020	11
15-03-2020	2	04-04-2020	15	24-04-2020	6
16-03-2020	1	05-04-2020	12	25-04-2020	5
17-03-2020	1	06-04-2020	17	26-04-2020	5
18-03-2020	4	07-04-2020	12	27-04-2020	9
19-03-2020	5	08-04-2020	15	28-04-2020	10
20-03-2020	4	09-04-2020	13	29-04-2020	10
21-03-2020	3	10-04-2020	16	30-04-2020	9
22-03-2020	3	11-04-2020	11	01-05-2020	11
23-03-2020	6	12-04-2020	11	02-05-2020	9
24-03-2020	6	13-04-2020	16	03-05-2020	11
25-03-2020	6	14-04-2020	12	04-05-2020	7
26-03-2020	12	15-04-2020	10	05-05-2020	4
27-03-2020	12	16-04-2020	12	06-05-2020	7
28-03-2020	9	17-04-2020	9	07-05-2020	6
29-03-2020	8	18-04-2020	10	08-05-2020	0**
30-03-2020	11	19-04-2020	6	**I alt**	**522**

* Opgørelsen omfatter dødsfald, der er registreret indenfor 30 dage efter påvist COVID-19-infektion. COVID-19 er ikke nødvendigvis den tilgrundliggende årsag til dødsfaldet. Information om dødsfaldet er hentet fra CPR-registret og Dødsårsagsregistret. Dato for dødsfald kan i få tilfælde ændre sig i opgørelsen over tid, når informationen om dødsfaldet er komplet.

**Tallet er for antal dødsfald på dags dato inden kl. 8. Tallet vil blive opdateret i morgen

STATENS SERUM INSTITUT

Tabel 10A. Indlagte COVID-19-tilfælde fordelt på alder, køn og antal med underliggende sygdom (komorbiditet)

		Indlagte*			
				Køn	
Aldersgrupper (år)	Bekræftede COVID-19	Antal (%)	Antal (%) komorbiditet**	Kvinder	Mænd
0-9	195	13 (7)	***		
10-19	410	11 (3)			
20-29	1.368	49 (4)	10 (20)	27	22
30-39	1.427	81 (6)	29 (36)	49	32
40-49	1.842	180 (10)	61 (34)	88	92
50-59	1.894	310 (16)	128 (41)	128	182
60-69	1.218	350 (29)	213 (61)	129	221
70-79	900	544 (60)	405 (74)	219	325
80-89	731	429 (59)	340 (79)	218	211
90+	233	122 (52)	107 (88)	82	40
I alt	**10.218**	**2.089 (20)**	**1.296 (62)**	**956**	**1.133**

* Indlæggelser er baseret på tal fra Landspatientregistret og omfatter patienter der er eller har været indlagt mere end 12 timer. En relevant indlæggelse er defineret som en indlæggelse indenfor 14 dage efter prøvetagningsdato for en positiv SARS-CoV-2 prøve. Der er en vis forsinkelse i indberetningerne til Landspatientregistret.

** Komorbiditet er defineret som hospitalskontakt indenfor de sidste 5 år med bl.a. følgende diagnoser diabetes, cancer, kronisk lungesygdom, hjerte-kar sygdomme og hæmatologiske sygdom.

*** Tomme celler betyder ingen tilfælde eller små tal som ikke præsenteres af diskretionshensyn i forhold til patienterne.

STATENS SERUM INSTITUT

Tabel 10B. Indlagte COVID-19-tilfælde på intensiv afdeling fordelt på alder, køn og antal med underliggende sygdom (komorbiditet)

		Indlagte på intensiv afdeling*			
				Køn	
Aldersgrupper (år)	**Bekræftede COVID-19**	**Antal (%)**	**Antal (%) komorbiditet****	**Kvinder**	**Mænd**
0-39***	3.400	16 (0)	6 (38)	5	11
40-49	1.842	20 (1)	8 (40)	9	11
50-59	1.894	50 (3)	21 (42)	9	41
60-69	1.218	80 (7)	51 (64)	24	56
70-79	900	115 (13)	85 (74)	29	86
80+***	964	34 (4)	23 (68)	10	24
I alt	**10.218**	**315 (3)**	**194 (62)**	**86**	**229**

* Indlæggelser er baseret på tal fra Landspatientregistret og omfatter patienter der er eller har været indlagt mere end 12 timer. En relevant indlæggelse er defineret som en indlæggelse indenfor 14 dage efter prøvetagningsdato for en positiv SARS-CoV-2 prøve. Der er en vis forsinkelse i indberetningerne til Landspatientregistret.

**Komorbiditet er defineret som hospitalskontakt indenfor de sidste 5 år med bl.a. følgende diagnoser diabetes, cancer, kronisk lungesygdom, hjerte-kar sygdomme og hæmatologiske sygdom.

*** Bemærk: Aldersgrupperne 0-39 år og 80+ år er slået sammen af diskretionshensyn i forhold til patienterne.

STATENS SERUM INSTITUT

Tabel 10C. Dødsfald blandt COVID-19-tilfælde fordelt på alder, køn og antal med underliggende sygdom (komorbiditet)

		Døde*			
				Køn	
Aldersgrupper (år)	Bekræftede COVID-19	Antal (%)	Antal (%) komorbiditet**	Kvinder	Mænd
0-59***	7.136	18 (0)	11 (61)	5	13
60-69	1.218	54 (4)	39 (72)	22	32
70-79	900	148 (16)	123 (83)	43	105
80-89	731	194 (27)	168 (87)	82	112
90+	233	108 (46)	93 (86)	72	36
I alt	**10.218**	**522 (5)**	**434 (83)**	**224**	**298**

*Opgørelsen omfatter dødsfald, der er registreret indenfor 30 dage efter påvist COVID-19 infektion. COVID-19 er ikke nødvendigvis den tilgrundliggende årsag til dødsfaldet. Dødsfald er hentet fra CPR-registret og Dødsårsagsregistret.

**Komorbiditet er defineret som hospitalskontakt indenfor de sidste 5 år med bl.a. følgende diagnoser diabetes, cancer, kronisk lungesygdom, hjerte-kar sygdomme og hæmatologiske sygdom.

*** Bemærk: Aldersgruppen 0-59 år er slået sammen af diskretionshensyn i forhold til patienterne.

To: CoronaGedragsUnit[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @amsterdamumc.nl'[(10)(2e) @amsterdamumc.nl]; (10)(2e) @media-gezondheid.nl'[(10)(2e) @media-gezondheid.nl]; (10)(2e) @eur.nl'[(10)(2e) @eur.nl]; (10)(2e) @maastrichtuniversity.nl'[(10)(2e) @maastrichtuniversity.nl]; (10)(2e) @essb.eur.nl'[(10)(2e) @essb.eur.nl]; (10)(2e) @fsw.leidenuniv.nl'[(10)(2e) @fsw.leidenuniv.nl]; (10)(2e) @maastrichtuniversity.nl'[(10)(2e) @maastrichtuniversity.nl]; (10)(2e) @ggdgelderlandzuid.nl'[(10)(2e) @ggdgelderlandzuid.nl]; (10)(2e) @radboudumc.nl'[(10)(2e) @radboudumc.nl]; (10)(2e) @uva.nl'[(10)(2e) @uva.nl]; (10)(2e) @uu.nl'[(10)(2e) @uu.nl]; (10)(2e) @amsterdamumc.nl'[(10)(2e) @amsterdamumc.nl]; (10)(2e) @umcg.nl'[(10)(2e) @umcg.nl]; (10)(2e) @uva.nl'[(10)(2e) @uva.nl]; (10)(2e) @uu.nl'[(10)(2e) @uu.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: CoronaGedragsUnit
Sent: Mon 5/25/2020 10:09:26 AM
Subject: Notulen WAR vrijdag 22-05-2020
Received: Mon 5/25/2020 10:09:27 AM
[Verslag WAR vrij 22 mei- concept.docx]

Beste WAR leden,
Hierbij de conceptnotulen van de WAR vergadering van vrijdag 22-05-2020.
Ik hoor het graag als jullie op- en/of aanmerkingen hebben.
Met vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e)

From: CoronaGedragsUnit
Sent: woensdag 20 mei 2020 17:25
To: (10)(2e) @amsterdamumc.nl' ; (10)(2e) @media-gezondheid.nl' ; (10)(2e) @eur.nl' ; (10)(2e) @maastrichtuniversity.nl' ; (10)(2e) @essb.eur.nl' ; (10)(2e) @fsw.leidenuniv.nl' ; (10)(2e) @maastrichtuniversity.nl' ; (10)(2e) @ggdgelderlandzuid.nl' ; (10)(2e) @radboudumc.nl' ; (10)(2e) @uva.nl' ; (10)(2e) @uu.nl' ; (10)(2e) @amsterdamumc.nl' ; (10)(2e) @umcg.nl' ; (10)(2e) @uva.nl' ; (10)(2e) @uu.nl'
Cc: (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ;
Subject: Nogmaals: Agenda + stukken WAR a.s. vrijdag 11:00 - 12:30
Importance: High

Nogmaals de agenda en stukken, ivm gewijzigde bijlage B1d (PvA + update Zelftesten). (Ik zal de stukken ook bij het agenda-item in Outlook toevoegen).

Beste leden van de adviesraad,
Bijgevoegd de agenda + stukken voor de vergadering van a.s. vrijdag.
Als het goed is heeft iedereen inmiddels een kopie van de aanstellingsbrief per mail ontvangen. De deze week door jullie doorgegeven aanpassingen in vakgebieden en websites zijn als het goed is op onze website doorgevoerd.
Ter info: Informatie- en Verwijscentrum COVID-19: Onze RIVM-collega's van het centrum Gezondheid & Milieu (cGM) hebben samen met ARQ Kenniscentrum Impact een loket voor mentale gezondheid ontwikkeld. Dit digitale loket is bedoeld voor mensen met vragen over psychosociale gevolgen van de coronacrisis. Het loket biedt betrouwbare informatie en brengt mensen indien nodig in contact met verschillende soorten hulp-, zorg- en dienstverleners.
Ps: (10)(2e) (10)(2e) die zich in de laatste vergadering al heeft voorgesteld, neemt vanaf nu mijn rol als secretaris van de Gedragsunit en de WAR over.
Vriendelijke groeten en tot ziens,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) *Corona Gedragsunit*

287803

6. maj 2020

STATENS SERUM INSTITUT

Ekspertrapport af den 6. maj 2020

Matematisk modellering af COVID-19 smittespredning og sygehusbelastning ved scenarier for anden fase af genåbningen af Danmark

Indholdsfortegnelse

1. Sammenfatning

Ekspertgruppen er blevet bedt om at udarbejde modelberegninger for scenarier for anden fase af genåbningen af Danmark.

I denne rapport estimeres effekterne for COVID-19 smittespredningen og sygehusbelastningen af en grundblok af tiltag bestående af åbning af detailhandel (herunder storcentre), professionel idræt uden tilskuere, biblioteker (kun ind- og udlån), kritiske offentlige arbejdspladser samt zoologiske- og botaniske haver i kombination med de seks nedenstående tiltag:

- Åbning af udendørsservering for cafeer og restauranter (med retningslinjer)
- Åbning af restauranter og cafeer med indendørs- og udendørsservering (med retningslinjer)
- Åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud (halv tid og/eller forskudt ift. 0.-5. kl.)
- Åbning af 9.-10. kl. i skole og klubtilbud (halv tid og/eller forskudt ift. 0.-5. kl.)
- Efterskolers afslutning af forløb frem mod sommer
- Normalisering af hjemmearbejde i private virksomheder (dvs. almindelig fysisk aktivitet)

I alt er der blevet regnet på 11 scenarier med forskellige kombinationer af grundblokken og ovenstående tiltag, herudover en fortsættelse uden yderligere åbninger samt følsomhedsberegninger.

Derudover er ekspertgruppen blevet bedt om at regne på konsekvenserne ved åbning af folkekirken og øvrige trossamfund samt forlystelsesparker mv. Det har dog ikke været muligt at inkludere disse tiltag i modelberegningerne, ligesom det kun har været muligt at inkludere skoledelen og ikke beboelsesdelen af efterskoleafslutningen.

Ekspertgruppen har indtil nu foretaget modelberegninger baseret på en landsdækkende model. Denne model bygger på en antagelse om, at selvom der er regionale forskelle i antallet af COVID-19 smittede og -indlæggelser, så følger smitteudbredelse og sygehusindlæggelser de samme strukturer i hele landet. Data fra den første periode af epidemien var forenelig med denne antagelse. Ekspertgruppen har de sidste uger påbegyndt udvikling af en regionsopdelt model. I den seneste tid er der observeret stigende regionale forskelle i antallet af nye COVID-19 indlæggelser samt -indlæggelsesforløb. Det har ført til, at ekspertgruppen har besluttet, at der ikke længere kan beregnes ud fra den nationale model, men at der må anvendes den regionsopdelte model på trods af, at denne stadig er under udvikling og dermed ikke endeligt valideret.

Ligesom for de tidligere modelberegninger gælder en række forbehold, som også er gældende for den nye regionsopdelte model. Derudover er der yderligere to væsentlige forbehold ved modelberegningerne i nærværende rapport:

- Den regionsopdelte model er udviklet på meget kort tid, og der udestår fortsat nødvendig validering af modellen. Modelberegningerne i denne rapport vil derfor være behæftet med væsentligt større forbehold ift. tidligere udarbejdede modelberegninger.

- På nuværende tidspunkt ses modsatrettede udviklinger i på den ene side antallet af nye COVID-19-indlæggelser, som fortsat er faldende med tendens til stagnation, og på den anden side en gradvis stigning i både aktiviteten i befolkningens bevægelsesmønstre og let øget forekomst af "influenza lignende symptomer" hos patienter i almen praksis. Med disse modsatrettede observerede udviklinger er det på nuværende tidspunkt uvist, om effekten af første fase af genåbningen endnu er slået helt igennem i antal nye indlæggelser. Der er derfor en risiko for, at modelberegningernes estimerede effekter af scenarier for anden fase af genåbningen på nuværende tidspunkt kan underestimere effekten af smittespredningen og belastningen af kritiske sygehusfunktioner.

Forbeholdene ved modelberegningerne er gennemgået nærmere i afsnit 3.3 og 3.4. I denne rapport præsenteres resultaterne af de foreløbige modelberegninger, som i relevant omfang vil blive genberegnet, når beregningsmodellen er valideret og tilgængelige datapunkter siden første fase af genåbning er tilstrækkelige til at foretage mere robuste beregninger.

Der er foretaget modelberegninger for alle regionerne samt summeret for hele landet. Resultaterne er præsenteret i afsnit 5 og i figurerne i bilag 4-6.

Sammenfattende kan det konkluderes, at det er overvejende sandsynligt at epidemien dør ud af sig selv såfremt den nuværende grad af nedlukning fortsætter. Epidemien forventes ligeledes at dø ud for scenariet med genåbning svarende til grundblokken alene, under forudsætning af, at fysisk afstand og hygiejnetiltag fastholdes. Det skal bemærkes, at dette gælder kun på kort sigt. På nuværende tidspunkt er immuniteten i den danske befolkning relativ lav, der er således en betydelig risiko, for at der senere kommer en 2. bølge af epidemien.

Udvides grundblokken med yderligere tiltag viser modelberegningerne, at antallet af indlagte på intensiv fortsætter under 100 indtil slutningen på det simulerede tidsinterval. En del af disse simuleringer er dog på en opadgående kurve, i slutningen af prognoseforløbet. Det skal imidlertid bemærkes at en væsentlig del af disse kurver i den efterfølgende måned topper og bøjer af. Bestemmelsen af denne top er imidlertid usikker og er som følge heraf ikke medtaget i disse simuleringer, men betyder, at der kunne være mulighed for at have en afgrænset periode, hvor vækstraten (Re) er lidt over 1.

Som i tidligere modeller er overholdelse af fysisk afstand og hygiejnetiltag af stor betydning. Effekt af teststrategi og kontaktopsporing er ikke inkluderet i nogle af modellerne da effekten af denne indsats er usikker.

2. Baggrund

Statens Serum Institut indgår i det operationelle beredskab med smitsomme sygdomme og yder rådgivning og bistand til regeringen i forbindelse med den aktuelle pandemi. Som en del af denne opgave har Statens Serum Institut nedsat og leder en ekspertgruppe, der har til formål at udvikle matematiske modeller til at belyse udviklingen i COVID-19 i Danmark.

Modellerne skal bl.a. belyse udviklingen i smittespredningen i Danmark, belastningen af kritiske sygehusfunktioner som almene og intensive sengepladser samt effekten af nuværende og mulige myndighedstiltag, herunder effekten ved at ophæve disse.

En grundlæggende præmis er, at matematiske modeller og simuleringer altid vil være forsimplede repræsentationer af virkeligheden ud fra antagelser baseret på tilgængelige data og forskningsbaseret viden.

Ekspertgruppen lavede sin første rapport den 2. april 2020. Den simulerede tre konkrete scenarier med mulige lempelser af COVID-19 relaterede restriktioner. Den næste rapport blev offentliggjort den 7. april og simulerede konsekvenserne ved en foreslået første fase af genåbningen af Danmark. Efterfølgende udarbejdede ekspertgruppen en justeret version af modellerne, som øgede præcisionen af prognosen og tog højde for det observerede fald i antal nye indlæggelser fra den 1. april 2020. På baggrund heraf udgav ekspertgruppen den 16. april den seneste rapport, som simulerede konsekvenserne ved yderligere scenarier for genåbning.

De tidligere rapporter kan findes på Statens Serum Instituts hjemmeside: https://www.ssi.dk/aktuelt/sygdomsudbrud/coronavirus.

3. Metode og væsentlige forbehold

3.1 Simuleringsmodeller

Den udviklede simuleringsmodel bygger på et grundlæggende princip om, at personer enten er modtagelige, eksponerede, smittede eller immune over for smitten. Modellen er en såkaldt SEIR-modeller opkaldt efter de engelske begreber susceptible, exposed, infectious og recovered. Modellens komponenter og antagelser er beskrevet nedenfor.

I modellen inddeles befolkningen i aldersgrupper, der har forskellige kontaktmønstre. Et kontaktmønster angiver, hvor mange personer et individ er i kontakt med i forskellige situationer. Forløbet af epidemien starter med et antal individer, der er smittet med COVID-19. Herefter gør modellens antagelser det muligt at fremskrive, hvordan COVID-19 spreder sig i befolkningen. Modellen forudsiger, hvor mange individer der på ethvert tidspunkt er smittede, hvor mange som er indlagte, samt hvor mange der er på intensivafdeling. Smittetrykket afhænger af antallet af smittede personer, og det antages, at smittetrykket for den enkelte aldersgruppe er proportional med kontaktraten gange antallet af smittede. De skitserede scenarier antages at ændre befolkningens adfærd ved at påvirke deres kontaktmønstre.

Usikkerheden omkring modellens forudsigelser estimeres ved at simulere mange forskellige kombinationer af parametre, der hver for sig er plausible og baseret på litteraturstudie. For hvert af de 11 scenarier producerer modellen et mest sandsynligt forløb (det interkvartile simuleringsinterval) samt usikkerheden herved (95% simulationsintervaller). Det betyder, at halvdelen af simulationerne viser et smittetryk, der ligger inden for det interkvartile simuleringsinterval. Det er vigtigt at forholde sig til risikoen for de mere ekstreme forløb. Det er tilmed vigtigt at forstå, at der er ukendte faktorer, som modellen ikke kan tage højde for.

En grundlæggende antagelse i modellen er, at infektion med COVID-19 fører til immunitet mod sygdom (eller død), og at immuniteten er langvarig, dvs. som minimum varer flere år. Der er i øjeblikket sparsom viden om, hvorvidt dette er gældende for SARS-CoV-2.

Som grundlag for modelberegningerne er der anvendt dagligt opdaterede data om antal indlagte patienter på almene og intensive sengepladser. Derudover er der anvendt data til at vurdere befolkningens adfærd, såsom aggregerede data om trafik- og rejseaktivitet samt dankorttransaktioner. Der benyttes også aggregerede teledata, som viser overordnede bevægelser mellem kommuner og dermed giver et billede af, hvor meget danskerne ændrer deres bevægelsesmønstre, jf. bilag 1. Der arbejdes løbende på yderligere relevante datakilder.

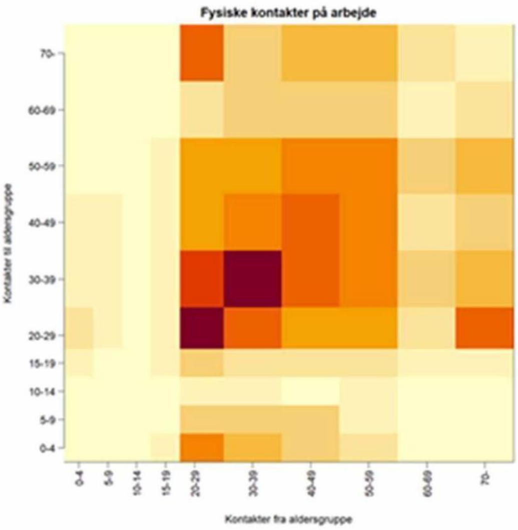
Kontaktrater

Et centralt element i modellerne er kontaktraterne mellem smittede og modtagelige individer i populationen. Kontakterne er opdelt efter om de foregår i hjemmet, på arbejdet, i skolen (for personer 0-19 år) eller et andet sted. Yderligere er alle kontakter angivet som fysiske eller som samtale. Det antages, at risikoen for overførsel af smitte ved en samtale er 20% af risikoen ved en fysisk kontakt.

287803

Modellens kontaktrater for forskellige aldersgrupper er baseret på kontaktmønstre i en engelsk BBC-undersøgelse fra 2018 af mere end 40.000 briter (Klepac et al., 2020) suppleret med kontaktmønstre fra PolyMod-studiet af børn under 13 år (Mossong et al., 2008). Som eksempel på kontaktstrukturen vises neden for fordelingen af fysiske arbejdskontakter, jf. figur 3.1.

Figur 3.1. Eksempel på kontaktstruktur for fysiske kontakter på arbejdspladser inddelt efter aldersklasser. Mørkere farver angiver højere antal kontakter.



Antagelse om kontaktmønstre i modelberegningerne
SEIR-modeller antager, at alle individer i befolkningen i en givet aldersgruppe har den samme sandsynlighed for at møde hinanden og blive smittet. Dette er en tilnærmelse, der ikke tager de netværksstrukturer, der i virkeligheden eksisterer i samfundet, i betragtning. Fra sådan en netværksopstilling ville man forestille sig, at der ville opstå rumlige korrelationer og klynger, og at dette ville skabe en uensartet smittespredning (heterogenitet i smittespredningen).

Derudover tages der i modelberegningerne ikke højde for, at personer vil have forskellige kontaktmønstre. Nogle personer vil have et meget bredt spektrum af kontakter, mens andre personer vil have et mindre spektrum af kontakter. Enkeltpersoner kan således smitte et uforholdsmæssig stort antal personer, og derfor virke som supersmittere. Endvidere tyder specifikke studier af COVID-19, fra bl.a. Island, på, at forskellige personer har en meget forskellig sandsynlighed for at blive smittede. Dette er endnu ikke forstået ordentligt, og derfor heller ikke medtaget i modellen.

3.2 Reproduktionstallet ("smittetrykket")

En infektionssygdoms spredningsevne kan udtrykkes med det såkaldte reproduktionstal R, der beskriver, hvor mange gange en smitsom person viderefører sygdommen til andre i løbet af sit sygdomsforløb. Reproduktionstallet kaldes i daglig tale også smittetrykket eller smittetallet. Betegnelsen R_0 bruges for reproduktionstallet i starten af epidemien, mens det effektive reproduktionstal R_e beskriver, hvordan spredningsevnen udvikler sig i løbet af epidemien, efterhånden som dele af population er blevet immune, eller smittebegrænsende tiltag er indført. Når reproduktionstallet er større end 1, er smitten voksende, og jo højere et reproduktionstal, jo hurtigere vokser epidemien. Omvendt betyder et reproduktionstal mindre end 1, at sygdomsforekomsten er nedadgående. Reproduktionstallet siger ikke noget om sygdommens udbredelse eller sygehusbelastningen på et givet tidspunkt, men er med til at bestemme, hvor stor sygdomsudbredelsen ender med at blive. Hvis folks adfærd er konstant, vil det effektive reproduktionstal aftage i takt med at en større del af befolkningen bliver immune. Et effektivt reproduktionstal meget større end 1 betyder at sygdomsudbredelsen vil vokse betydeligt inden den topper, mens et effektivt reproduktionstal lidt større end 1 betyder at toppen er nært forestående under de nuværende betingelser.

Reproduktionstallet kan ikke måles direkte, da vi ikke har fuldt kendskab til smittekæderne. Reproduktionstallet estimeres derfor ud fra væksten i antal indlæggelser eller antal diagnosticerede tilfælde. I denne beregning indgår en model for, hvilke epidemiologiske parametre der karakteriserer COVID-19, herunder hvordan sygdommen udvikler sig i det smittede individ; altså varigheden af den latente og den infektiøse (smitsomme) periode. Ekspertgruppen bruger som grundlag for denne estimering antal indlæggelser, da antallet af nydiagnosticerede COVID-19 tilfælde påvirkes kraftigt af kriterierne for hvem, der bliver testet. Det tidsafhængige reproduktionstal estimeres på prøvedatoer for de indlagte COVID-19 tilfælde i Danmark. Data om hvem der har været indlagt, kommer fra Landspatientregisteret, hvortil der er en vis forsinkelse. Af denne grund laves beregningen ikke for COVID-19 tilfælde, som er diagnosticeret de seneste fire dage.

De S(E)IR modeller, som ekspertgruppen bruger til at forudsige epidemien, forudsiger også reproduktionstallet. I denne beregning indgår antallet af kontakter og risikoen for overførsel af smitte ved hver kontakt. For en aldersstruktureret model får man en matrix af reproduktionstal, som angiver hvor mange i én aldersgruppe, der bliver smittet af ét sygt individ i en anden aldersgruppe. Denne matrix beregnes direkte fra kontaktmatricen (se figur 1 for et eksempel), og til sidst bestemmes det resulterende reproduktionstal, som er den største egenværdi, der bestemmer den samlede vækst på tværs af aldersgrupper.

3.3 Særlige forbehold i forbindelse med de aktuelle modelberegninger

Ligesom for de tidligere modelberegninger gælder en række generelle forbehold, som også er gældende for den nye regionsopdelte model. De er præsenteret i afsnit 3.4. Derudover er der yderligere to væsentlige forbehold til modelberegningerne i nærværende rapport, som gennemgås herunder.

Forbehold ved tidlige modelberegninger siden første fase af genåbningen

Ekspertgruppen vurderer, at modelberegninger af estimerede effekter af scenarier for anden fase af genåbningen på nuværende tidspunkt vil være forbundet med særlig stor usikkerhed.

Det skyldes, at der på nuværende tidspunkt ses modsatrettede udviklinger i på den ene side antallet af nye COVID-19-indlæggelser, som fortsat er faldende med tendens til stagnation, og på den anden side indikationer på stigninger i både aktiviteten i befolkningens bevægelsesmønstre og let øget forekomst af influenzalignende symptomer hos patienter i almen praksis.

Med disse modsatrettede observerede udviklinger er det på nuværende tidspunkt uvist, om effekten af første fase af genåbningen endnu er slået igennem i antal nye indlæggelser, hvilket i kraft af epidemiens naturlige eksponentielle udvikling vil have afgørende betydning for effekterne af en anden fase af genåbningen.

Der er derfor en risiko for, at modelberegningers estimerede effekter af scenarier for anden fase af genåbningen på nuværende tidspunkt kan underestimere effekten af smittespredningen og belastningen af kritiske sygehusfunktioner.

Udviklingen i antal nye indlæggelser
Udviklingen i antallet af nye indlæggelser er aktuelt den vigtigste parameter i modellerne, men indebærer imidlertid den udfordring, at ændringer i antallet af nye indlæggelser ses med 10-14 dages forsinkelse i forhold til smittetidspunktet. Denne forsinkelse kan være endnu længere, fordi der kan være flere smittegenerationer inden smitten rammer en person, der ender med at blive indlagt. Det kan fx gøre sig gældende, hvis de nyligt smittede overvejende er børn, unge og yngre voksne, som typisk bliver indlagt i mindre grad end ældre borgere. Samlet betyder dette, at der kan gå mere end 3-4 uger før effekten af en genåbning reelt har fuld gennemslagseffekt på antallet af nye indlæggelser.

Den første fase af genåbningen, der blev meldt ud den 6. april 2020, blev gennemført i perioden fra den 15.-20. april 2020. De seneste tal for nye indlæggelser fra den 3. maj, dvs. 13 dage efter den 20. april, viser en fortsat faldende udvikling med tendens til stagnation. I ekspertgruppens rapport af den 16. april 2020 forventedes i de fleste scenarieberegninger for grundscenariet et fald i nye indlæggelser frem til den 1. juli, såfremt den voksne befolkning vedvarende overholder fysisk afstand og hygiejnetiltag. I scenarieberegninger med antagelse om, at kun 50% af den voksne befolkning overholder fysisk afstand og hygiejnetiltag, forventedes en udfladning i nye indlæggelse allerede omkring 1. maj.

Udviklingen i befolkningens bevægelsesmønstre og smitteundvigende adfærd
I modsætning til den faldende (eller mulige stagnerende) udvikling i antallet af nye indlæggelser, ses tendenser til øget aktivitet i befolkningens bevægelsesmønstre, hvilket kan indikere øgede kontakter og deraf øget risiko for smittespredning.

Ekspertgruppen har analyseret aggregerede teledata, trafikdata og rejsekortdata for at belyse befolkningens overordnede bevægelsesmønstre. Det bemærkes, at ekspertgruppen ikke har haft adgang til enkelte persons lokationer eller rejser men kun aggregerede og fuldt anonymiserede data. Hvad angår teledata har ekspertgruppen alene haft adgang til aggregerede data for det totale antal rejser inden for og mellem kommuner, som typisk udgør titusinder eller hundredtusinder rejser for hver opgjorte tidsperiode. Data kan derfor ikke bruges til at belyse den enkelte persons bevægelser.

Analyserne, som beskrives nærmere i bilag 1, viser klare tendenser til ændringer i befolkningens bevægelsesmønstre under COVID-19-epidemien. Generelt ses et markant fald i befolkningens bevægelser umiddelbart efter nedlukningen, hvorefter der ses tendenser til en langsom stigning.

Det er væsentligt at bemærke, at øget bevægelse muligvis, men ikke nødvendigvis, indebærer flere kontakter mellem mennesker og deraf øget risiko for smittespredning. Den øgede bevægelses effekt på smittespredningen afhænger i høj grad af, om befolkningen opretholder fysisk afstand og god hygiejne.

Samtidig viser en spørgeskemaundersøgelse af danskernes selvrapporterede smitteundvigende adfærd under COVID-19-epidemien, at danskernes selvrapporterede efterlevelse af myndighedernes anbefalinger steg hurtigt og markant frem til midten af marts 2020.Herefter holder danskernes smitteundvigende adfærd sig på et stabilt højt niveau indtil begyndelsen af april 2020, hvorefter der ses en langsomt nedadgående tendens (Jørgensen og Petersen, 2020). Tendensen til langsomt fald i danskernes selvrapporterede smitteundvigende adfærd begyndte omkring udmeldingen om den første fase af genåbning den 6. april 2020.

Udviklingen i andelen af patienter med influenzalignende symptomer i almen praksis
I det danske sentinellæge-system indberettes forekomst af patienter med influenzalignende symptomer (ILS) i almen praksis. Da symptomerne på COVID-19 minder om de fra influenza er dette fortsat og anvendes til overvågning af forekomsten af COVID-19.

Indrapporteringer fra ca. 120 alment praktiserende læger viser, at andelen af konsultationer med patienter med influenzalignende sygdom ud fra det samlede antal konsultationer i almen praksis steg lidt i uge 17, dvs. kort efter første fase af genåbningen. Stigningen kommer efter, at der i ugerne forinden (uge 15-16) var observeret et mindre fald i denne andel.

Udviklingen er forskellige på tværs af aldersgrupper. For de yngre aldersgrupper (5-14 år og 15-24 år) ses en lille stigning fra uge 16 til uge 17 i andelen, hvorimod der ses et fald for personer over 65 år. Derudover ses en lille stigning fra uge 15 til uge 16 i antallet af personer med ILS, som er testet positiv for COVID-19.

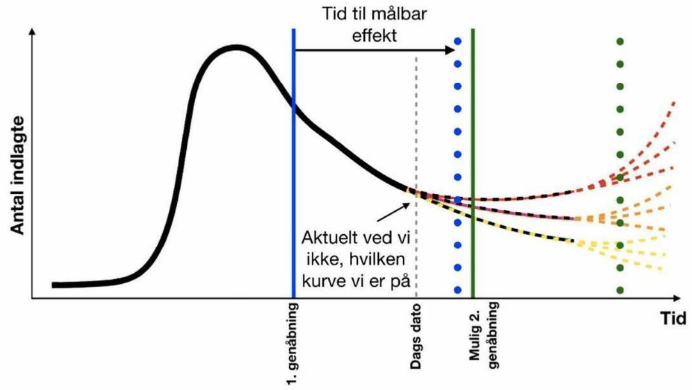
Der skal gøres opmærksom på, at der er tale om en meget lille patientpopulation, og det kan ikke udelukkes, at den observerede stigning skyldes statistisk usikkerhed eller ændret kontakt til almen praksis for luftvejsinfektioner. Resultaterne er beskrevet nærmere i bilag 2.

Modsatrettede udviklinger skaber øget usikkerhed
Figur 2 illustrerer betydningen af denne udfordring med modsatrettede udviklinger i modelberegningerne. Smitteforløbet i Danmark eksemplificeres i Figur 2 med tre mulige udviklingskurver:

- *Gul kurve*: Effekten af første fase er slået igennem og belastningen af sundhedsvæsenet vil være fortsat faldende i den kommende tid (Re<1).
- *Orange kurve*: Der kommer en mindre effekt af første genåbningsfase (Re <1, men nærmer sig 1).
- *Rød kurve*: Der kommer en større effekt af første genåbningsfase (Re>1).

De efterfølgende effekter af ensartet genåbning i anden fase er illustreret for hver af tre eksemplificerede mulige udviklingskurver og afspejler effekterne af epidemiens naturlige eksponentielle udvikling. På nuværende tidspunkt vides det ikke, om effekten af første fase af genåbningen er slået igennem, eller om denne første fase vil forårsage en stigning i antallet af nye indlæggelser i den nære fremtid. Det vides derfor ikke, hvilken af kurverne (gul, orange eller rød i Figur 2) som udviklingen vil følge. Det medfører særlig stor usikkerhed i forhold til at estimere effekterne af scenarier for den anden fase af genåbningen.

Figur 3.2. Illustration af mulig udvikling i antallet af nye indlæggelser (OBS! Alene til grafisk illustration af problemstillingen. Figuren repræsenterer ikke statistiske modelberegninger)



Anmærkninger: I figuren markeres tidspunktet for hhv. den første og anden fase af genåbningen (hhv. den fuldt optrukne blå og grønne linje) samt tid til målbar effekt målt på antallet af nye indlæggelser (hhv. den prikkede blå og grønne linje). Figuren viser desuden en grafisk eksemplificering af tre mulige udviklinger og effekter af en mulig anden fase af genåbningen. Det bemærkes, at figuren ikke repræsenterer statistiske modelberegninger.

Forbehold ved nyudviklet regionsopdelt beregningsmodel

Der er tidligere foretaget modelberegninger baseret på en landsdækkende model. Denne model bygger på en antagelse om, at selvom der var regionale forskelle i antallet af smittede, så følger smitteudbredelse og sygehusindlæggelser de samme strukturer i hele landet. I de første måneder af epidemien var data forenelig med denne antagelse.

Som følge af betydelige og stigende forskelle mellem regionerne i antallet af COVID-19-indlæggelser har der løbende været arbejdet på at udvikle modellen til at kunne belyse udviklingen i de enkelte regioner.

I forbindelse med beregningerne til anden fase af genåbningen har det vist sig, at udviklingen i antallet af COVID-19 indlæggelser og forløb på intensivafdelinger i regionerne ikke længere følger samme underliggende struktur for smittespredning. Dette betyder, at statistiske fremskrivninger

baseret på den landsdækkende model ikke bare vil være behæftet med usikkerhed, men har betydelig risiko for at være systematisk forkerte.

Det vil således ikke længere være retvisende at foretage modelberegninger baseret på den landsdækkende model. Som konsekvens har det været nødvendigt at skifte til modelberegninger baseret på en regionsopdelt model.

En regionsopdelt model har været under udvikling, men det har endnu ikke været muligt at foretage den nødvendige validering. Brugen af den regionsopdelte model vil derfor være behæftet med større forbehold ift. tidligere fremsendte modelberegninger. Det bemærkes dog at modelresultaterne indikerer at den nye regionale model bedre kan beskrive antallet af nyindlæggelser, jf. bilag B6 (tallene er præsenteret kumulativt for at undgå tal mindre end 5).

Ekspertgruppen arbejder på at sikre den nødvendige validering af modellen hurtigst muligt. Det vurderes, at den regionsopdelte model fremadrettet vil forbedre modelberegningerne og er nødvendig for at sikre retvisende prognoser for belastningen i sundhedsvæsenet.

3.4 Generelle forbehold ved modellen

De generelle forbehold ved modellen kan overordnet opdeles i relation til dens to delkomponenter: Smittespredningen i befolkningen og belastningen af sygehusene.

Generelle forbehold ved modellernes beskrivelse af smittespredning i befolkningen

Simulering af smittespredningen i befolkningen er forbundet med stor usikkerhed, idet smittespredning følger menneskers fysiske adfærd og kontaktmønstre, der er komplekse og ændrer sig under en epidemi. Dertil er der endnu begrænset kendskab til smittespredningen ved forskellige typer af fysisk adfærd.

Forhold ved beskrivelsen af smittespredningen, som er forbundet med særlig høj usikkerhed, omfatter:

- *Mørketallet, dvs. antallet af smittede, som ikke er blevet testet, er usikkert.*
  Da det totale antal danskere, der har eller har haft COVID-19 er ukendt anvendes dette ikke som direkte input parameter i modellen. Mørketallet, dvs antallet af smittede som ikke er blevet undersøgt har i øvrigt kun mindre betydning i starten af en epidemi.

- *Brug af udenlandske data med begrænset overførbarhed eller manglende data.*
  I de tilfælde, hvor der ikke findes aktuelle danske data for COVID-19 smitte, er der anvendt data fra international forskningslitteratur, hvilket kan indebære usikkerhed i forhold til overførbarhed til danske forhold. Der kan være effekter af kulturelle og subkulturelle forskelle, fx at vi i Danmark generelt ikke hilser med kindkys, som er praksis i fx Italien. Modellernes kontaktrater for forskellige aldersgruppe er baseret på kontaktmønstre fra et engelsk studie, hvilket også er en begrænsning. Derudover er visse data baseret på få kilder, som ikke altid er entydige.
  På grund af manglende data er der flere forhold, det ikke har været muligt at indbygge i modellerne, herunder heterogenitet i kontaktmønstre, fx effekten af klynger/sociale grupper, supersmittere og supersmittebegivenheder. Det er vurderingen, at disse begi-

287803

venheder har betydning for epidemiologien af COVID-19. Særligt er det vanskeligt at vurdere betydningen af aktiviteter hos persongrupper, der har usædvanligt mange kontakter, fx i kraft af særlige arbejdsfunktioner. Det kan betyde, at smittespredningen bør modelleres i mange mindre enheder i stedet for i én model. Dette er for nuværende ikke muligt på grund af manglende data på området.

- *Børnenes rolle i smittespredningen er usikker.*
  Der er aktuelt stor usikkerhed om børns rolle i smittespredningen. Der foreligger efter vores kendskab aktuelt ingen studier, der er designet til specifikt at afklare dette. I de anvendte modeller er det antaget, at børn per kontakt smittes og smitter på samme niveau som andre aldersgrupper. Da det ikke kan forventes, at børn holder fysisk afstand, indregnes børn som havende fuldt normalt kontaktmønster i alle beregninger.

- *Befolkningens opretholdelse af fysisk afstand og hygiejne*
  Det er af afgørende betydning for smittespredningen i hvilken grad befolkningen opretholder fysisk afstand og følger anbefalingerne for hygiejne. Det er vanskeligt at forudsige, i hvilken grad dette fortsat vil være tilfældet. Det kan forventes, at befolkningens adfærd til en vis grad vil tilpasses epidemiens udvikling, på den måde at den fysiske afstand vil mindskes efter en periode med lav smitteudbredelse. Der foreligger ikke data, der gør det muligt at kvantificere sådanne effekter, som derfor ikke er medtaget i analyserne.

- *Årstidernes effekt på COVID-19 smittespredningen*
  Effekten af årstider er endnu ikke kendt og kan have uforudsete konsekvenser for den fremtidige smittespredning. Det er velkendt for fx influenza, at R_0 er mindre om sommeren og højere om vinteren (Biggerstaff et al., 2014). Hvis denne type opførsel også er gældende for COVID-19 kan risikoen for en anden bølge til efteråret være forøget, medmindre en større andel af populationen opnår immunitet.

Generelle forbehold ved modellernes beskrivelse af belastningen af sygehusene

- Simulering af belastningen af sygehusene baseres på observerede antal nye indlæggelser på hhv. almene sengepladser og intensive sengepladser. Denne modelkomponent er væsentligt mere nøjagtigt bestemt end antallet af inficerede, men der er dog følgende elementer, som er forbundet med særlig usikkerhed herunder at estimaterne af liggetid er baseret på Region Hovedstaden og Region Sjælland og behovet for forsat indlæggelse efter et intensivforløb er usikkert.

4. Estimering af scenarier

4.1 Oversigt over tiltag og scenarier for anden fase af genåbningen

Scenarier for anden fase af genåbningen er baseret dels på en grundblok og på kombinationer af en række tiltag, som fremgår af tabel 1.

Scenarierne er udarbejdet blandt andet ud fra et hensyn om, at tiltagene er mulige at beregne kvantitativt, at skabe en vis tyngde i scenarierne (flere af tiltagene i tabel 4.1 omfatter så få mennesker og kontakter, at effekten overskygges af usikkerhederne), og samtidig reducere antallet af kombinationsmuligheder.

Det har ikke været muligt at inkludere tiltag om åbning af folkekirken og øvrige trossamfund samt udendørs forlystelsesparker i modelberegningerne. Dette skyldes bl.a., at grupperne er meget heterogene, og/eller at der ikke umiddelbart foreligger tal på omfanget af personer i tiltagene.

Tabel 4.1. Oversigt over tiltag

Tiltag
Åbning af detailhandel, der holder lukket enten ved krav eller opfordring, herunder storcentre (med retningslinjer)
Åbning af udendørsservering for cafeer og restauranter (med retningslinjer)
Åbning af både indendørs- og udendørsservering for cafeer og restauranter (med retningslinjer)
Åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud (halv tid og/eller forskudt ift. 0.-5. kl.)
Åbning af 9.-10. kl. i skole og klubtilbud (halv tid og/eller forskudt ift. 0.-5. kl.)
Efterskolers afslutning af forløb frem mod sommer
Normalisering af hjemmearbejde i private virksomheder (dvs. almindelig fysisk aktivitet)
Åbning af folkekirken og øvrige trossamfund
Professionel idræt uden tilskuere
Biblioteker (kun ind- og udlån)
Udendørs forlystelsesparker, zoologiske haver og lignende
Kritisk offentlige sektor, bl.a. Arbejdstilsynet og Forsvaret, svarende til i alt 5.000 årsværk)

De scenarier for anden fase af genåbningen, som er inkluderet i modelberegningerne i nærværende rapport, fremgår af boks 4.1 nedenfor.

Boks 4.1. Scenarier for anden fase af genåbningen

Scenarier for anden fase af genåbningen

1. **G:** Grundblok: Åbning af detailhandel, herunder storcentre, professionel idræt uden tilskuere, biblioteker (kun ind- og udlån), kritisk offentlig sektor herunder bl.a. arbejdstilsynet, forsvaret mv. og zoologiske- og botaniske haver.

2. **G + skole 6.-10 kl.:** Grundblok plus åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud.

3. **G + skole 9.-10 kl.:** Grundblok plus åbning af 9.-10. kl. i skole og klubtilbud.

4. **G + skole 6.-10 kl. + efterskole:** Grundblok plus åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud og åbning af efterskolerne.

5. **G + skole 6.-10 kl. + restauration (ude):** Grundblok plus åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud og åbning af udeservering på restauranter og caféer.

6. **G + skole 6.-10 kl. + restauration (inde og ude):** Grundblok plus åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud og åbning af inde- og udeservering på restauranter og caféer.

7. **G + skole 6.-10 kl. + private:** Grundblok plus åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud og normalisering af private arbejdsmarked.

8. **G + skole 6.-10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private:** Grundblok plus åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud og åbning af efterskolerne, åbning af udeservering på restauranter og caféer og normalisering af private arbejdsmarked.

9. **G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private:** Grundblok plus åbning af 9.-10. kl. i skole og klubtilbud og åbning af efterskolerne, åbning af udeservering på restauranter og caféer og normalisering af private arbejdsmarked.

10. **G + skole 6.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private:** Grundblok plus åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud og åbning af efterskolerne, åbning af inde- og udeservering på restauranter og caféer og normalisering af private arbejdsmarked.

11. **G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private:** Grundblok plus åbning af 9.-10. kl. i skole og klubtilbud og åbning af efterskolerne, åbning af inde- og udeservering på restauranter og caféer og normalisering af private arbejdsmarked.

4.2 Implementering af scenarier i modelberegningerne

Implementeringen af de enkelte tiltag i scenarierne i modelberegningerne er beskrevet i tabel 4.2 nedenfor. Overordnet afhænger implementeringen af tiltagene i modelberegningerne af antal personer, som tiltaget omfatter, kontakttypen (herunder om det er hjemme-, arbejds-, skole- eller øvrige kontakter), aldersgruppe samt hvorvidt det forventes muligt at opretholde fysisk afstand over tid.

Tabel 4.2. Implementering af tiltag i scenarierne i modelberegningerne

Tiltag	Implementering i modelberegningerne
Nedlukning	
Skole og daginstitutioner	Alle skoler og daginstitutioner antages lukket. Skolekontakter for alle aldersgrupper sættes til 0%.
Arbejdsmarked	Baseret på trafikdata fra Vejdirektoratet, Rejsekort og Google Mobility Report[1], er det estimeret, at ca. 45% stadig møder fysisk på arbejde. Antallet af arbejdsrelaterede kontakter reduceres generelt til 45%. Dog bevares antallet af kontakter mellem 20-60-årige og ældre, da plejebehovet antages uændret. Der er yderligere en effekt af fysisk afstand, som antages at reducere risikoen for overførsel af smitte til 45%.
Hjemmet	Antallet af fysiske kontakter til personer uden for husholdningen antages at være kraftigt reduceret. Det antages, at det samlede antal kontakter er 45% af normalen.
Andre kontakter	Det antages, at personer over 70 år har reduceret disse kontakter til 10%, mens det for resten af befolkningen er reduceret til 20% af antal effektive kontakter i forhold til før epidemien.
Første fase af genåbningen	
Domstole	Det antages, at 5.000 personer i beskæftigelse berøres af denne ændring, svarende til <1 procentpoint af den totale arbejdsstyrke. (Kilde: Finansministeriet)
Liberale erhverv	Det antages, at 13.500 personer i beskæftigelse berøres af denne ændring, svarende til <1 procentpoint af den totale arbejdsstyrke. (Kilde: Finansministeriet)
Private erhvervsliv	Det antages, at 390.000 personer i beskæftigelse berøres af denne ændring, svarende til 11 procentpoint af den totale arbejdsstyrke. (Kilde: Finansministeriet)
Daginstitutioner og skoler 0.-5. klasse	Det antages, at der er 100% aktivitet for de 0-9-årige og 40% aktivitet for de 10-14-årige. Voksenkontakter i daginstitutioner og skoler antages at skalere med andelen af børn, som går i skole eller daginstitution. Det antages, at legeaftaler mv. vil øge antallet af kontakter i hjemmet

[1] Google Mobility Report er hentet fra https://www.gstatic.com/covid19/mobility/2020-04-26_DK_Mobility_Report_en.pdf

	med 5 procentpoint. Endvidere antages det, at der vil ske en delvis normalisering af kontakter uden for skoletiden – svarende til 5 procentpoint for de 10-14-årige.
Ungdomsuddannelser til eksamen	Det antages, at 80% af en ungdomsårgang tager en ungdomsuddannelse. Dermed antages det, at 80% af en årgang (svarende til 16% af de 15-19-årige), møder fysisk op. Endvidere antages det, at der fysisk møder 5.800 lærere op. (Kilde Børne- og Undervisningsministeriet.) Endvidere antages det, at andre kontakter øges med 10 procentpoint for denne aldersgruppe, da der også forventes at ske en delvis normalisering af kontakter uden for skoletiden.
Grundblok til anden fase af genåbningen	
Åbning af detailhandel, der holder lukket enten ved krav eller opfordring - herunder storcentre (med retningslinjer)	Det antages, at 60.000 personer vil blive omfattet af denne genåbning, svarende til 2 procentpoint. (Kilde: Finansministeriet) Endvidere antages det, at antallet af kunder øges, hvilket gennem transport og ophold antages at øge antallet af andre kontakter med 5 procentpoint.
Professionel idræt uden tilskuere	Ifølge Danmarks Idrætsforbund og Divisionsforeningen vil denne genåbning for professionel idræt omfatte ca. 3.000 atleter, ledere og officials ifm. afvikling af kampe. Det antages, at 3.000 voksne vil blive omfattet af denne genåbning, svarende til <1 procentpoint af arbejdsstyrken. Der antages et kontaktmønster med fysisk afstand svarende til det gennemsnitlige arbejdsmarked.
Biblioteker (kun ind- og udlån)	Ifølge Kulturministeriet er der ca. 6.000 ansatte på de danske biblioteker med ca. 37 mio. besøgende årligt. Det antages, at 3.000 voksne vil blive omfattet af denne genåbning, svarende til <1 procentpoint af arbejdsstyrken, da der kun åbnes op for ind- og udlån.
Åbning af zoologiske- og botaniske haver mv.	Det er forudsat, at kun udendørsarealer genåbnes samt at gæsterne overholder afstandskrav og ikke er i kontakt med installationer. Ifølge Kulturministeriet er der ca. 1.300 ansatte og ca. 4,5 mio. besøgende årligt. Det antages, at 2.000 voksne vil blive omfattet af denne genåbning, svarende til <1 procentpoint af arbejdsstyrken.
Åbning af kritiske offentlige arbejdspladser, bl.a. Arbejdstilsynet og Forsvaret (svarende til i alt 5.000 årsværk)	Det antages, at denne genåbning vil omfatte 5.000 ansatte.

Samlet effekt af grundblokken udover detailhandel	For tiltagene professionel idræt, biblioteker, zoologiske- og botaniske haver og kritisk offentlig sektor svarer samlet til en øgning af arbejdskontakter svarende til 16.000 ansatte svarende til en forøgelse af arbejdsstyrken, der møder fysisk på arbejde, med 0,5 procentpoint. Endvidere forventes åbningen af biblioteker og zoologiske- og botaniske haver mv. at øge øvrige kontakter med 0,2 procentpoint – baseret på den tid, som en gennemsnitsborger bruger på stederne.
Tillæg til grundblokken i scenarier for anden fase af genåbningen	
Åbning af 6.-10. kl. i skole og klubtilbud (halv tid og/eller forskudt ift. 0.-5. kl.)	Det er forudsat, at afstandskrav over tid ikke overholdes af børn, hvorfor de indregnes med fuldt kontaktmønster, hvilket afspejler, at skoler (og daginstitutioner) åbnes som normalt. Det antages, at de 31.000 lærere, som pt. ikke er fysisk på arbejde, vil møde fysisk på arbejde. Dette svarer til 1 procentpoint af arbejdsstyrken. Endvidere antages det, at øvrige kontakter øges med 10 procentpoint for børnene. Der antages fuldt kontaktmønster for børnene i skolen. Det antages, at der tilføres fire hele årgange til befolkningen, der møder fysisk i skole.
Åbning af 9.-10. kl. i skole og klubtilbud (halv tid og/eller forskudt ift. 0.-5. kl.)	Det er forudsat, at afstandskrav over tid ikke overholdes af børn, hvorfor de fortsat indregnes med fuldt kontaktmønster, hvilket afspejler, at skoler (og daginstitutioner) åbnes som normalt. Samlet er der omtrent én årgang i folkeskolen i 9.-10. klasse – derudover er der omtrent en halv årgang, som er på efterskole. Det antages, at effekten er 1/4 af effekten af at åbne 6.-10. klasse.
Efterskolers afslutning af forløb frem mod sommer	Det antages, at efterskolerne genoptager deres funktion helt normalt indtil sommerferien. Det antages derudover, at afstandskrav over tid ikke overholdes af unge, hvorfor de ligeledes indregnes med fuldt kontaktmønster. Det bemærkes, at det kun er muligt at inkludere skoledelen i beregningerne og dermed ikke den ekstra usikkerhed, som følger af at eleverne bor sammen. Ifølge efterskolerne.dk er der ca. 30.000 elever på efterskole, og det antages dermed, at der vil tilføjes 30.000 unge i skolekontakter, hvilket svarer til ca. en halv årgang. Der antages fuldt kontaktmønster. Det antages, at 5.000 lærere vil møde fysisk på arbejde. En halv årgang svarer til 10% af de 15-19-årige, hvorfor det antages, at aktiviteten stiger med 10 procentpoint for denne aldersgruppe. Endvidere antages det, at eleverne øger deres øvrige kontakter, svarende til 3 procentpoint for alle 15-19-årige, hvilket er det samme som ved åbningen af de samme årgange i folkeskolen.
Åbning af både indendørs- og udendørsser-	Det er forudsat, at der overholdes fysisk afstand ift. placering af gæster, adgangsforhold mv. både ved inde- og udeservering.

287803

vering for cafeer og restauranter (med retningslinjer)	Ifølge Erhvervsministeriet vil maksimalt 70% af de ansatte vende tilbage på arbejde ved denne genåbning. Således vil tiltaget øge beskæftigelsen med 40.000 svarende til 1 procentpoint af den samlede beskæftigelse. Det antages, at antallet af øvrige kontakter øges med 1 til 4 procentpoint (lavest for de 0-4-årige og højest for de 20-29-årige). (Kilde: Antallet af årsværk samt gæster på cafeer og restauranter er oplyst af Erhvervsministeriet, og estimaterne er baseret på medlemsundersøgelse af HORESTA. Aldersfordelingen af gæster er taget fra samme undersøgelse.)
Åbning af udendørsservering for cafeer og restauranter (med retningslinjer)	Det er forudsat, at der overholdes fysisk afstand ift. placering af gæster, adgangsforhold mv. både ved inde- og udeservering. Erhvervsministeriet vurderer, at antallet af gæster ved udeservering svarer til ca. 10 pct. af det samlede antal gæster. Det antages, at dette tiltag vil få 6.000 mennesker tilbage i fysisk i arbejde, svarende til <1 procentpoint i arbejdskontakter, og 1/7 af åbningen af både indendørs- og udendørsservering.
Normalisering af hjemmearbejde i det private erhvervsliv (dvs. almindelig fysisk aktivitet)	Det er forudsat, at der vil være fuld effekt fra indførselstidspunktet. Ifølge Finansministeriet er der ca. 2.170 personer beskæftiget i det private erhvervsliv, inkl. selvstændige. Fra dette fratrækkes ansatte i private virksomheder, som er indeholdt separat i andre tiltag, fx liberale erhverv, restauranter mv. Dertil antages det, at normalisering af hjemmearbejde på nuværende tidspunkt ikke er mulig for en del af de beskæftigede i turisme, herunder luftfart inkl. lufthavne, rejsebureauer mv. Ifølge Finansministeriet vil det betyde, at 29.000 ikke kan vende tilbage til almindeligt arbejde. Det antages dermed, at dette tiltag vil medføre, at 276.000 voksne møder fysisk på arbejde, svarende til 8 procentpoint af arbejdsstyrken.

Anm.: Arbejdsstyrken antages til at være 3.518.000 (indeholdende lønmodtagere, selvstændige og studerende) (kilde: Finansministeriet).

5. Modelresultater

Nedenfor beskrives og illustreres den simulerede belastning af antal totale sengepladser (både almene og intensive) og intensive sengepladser baseret på antagelser om, hvorledes scenarierne vil påvirke smittespredningen.

Ved aflæsning og fortolkning af resultaterne af modelberegningerne er det væsentligt at være opmærksom på de generelle forbehold ved modelberegningerne og i særdeleshed de særlige forbehold, der gælder ift. modelberegningerne i nærværende rapport (gennemgået i afsnit 3.3 og 3.4).

Som beskrevet er det på nuværende tidspunkt uvist, om effekten af første fase af genåbningen endnu er slået igennem i antal nye indlæggelser. Det giver anledning til særlig stor usikkerhed ved de aktuelle modelberegninger og skaber risiko for, at de estimerede effekter af scenarierne for anden fase af genåbningen på nuværende tidspunkt kan underestimere effekten af smittespredningen og belastningen af kritiske sygehusfunktioner.

Det bemærkes desuden, at resultaterne skal tages med forbehold for, at beregningerne er baseret på en nyudviklet regionsopdelt model, som endnu ikke er fuldt valideret. Det må forventes, at befolkningen i et vist omfang bevæger sig på tværs af regionerne, hvilket på nuværende tidspunkt ikke er inkluderet i modelberegningerne. Resultaterne nedenfor udgør derfor de foreløbige modelberegninger, som i relevant omfang vil blive genberegnet, når beregningsmodellen er valideret og data siden første fase af genåbningen er tilstrækkelige til at foretage mere robuste beregninger.

Der er foretaget modelberegninger for de enkelte regionerne samt summeret for hele landet. Nedenfor er resultaterne af for nogle af scenarierne summeret for hele landet præsenteret, mens resultaterne for alle scenarier både summeret for hele landet og de enkelte regioner fremgår af bilag 4 og 5, jf. Tabel 5.1.

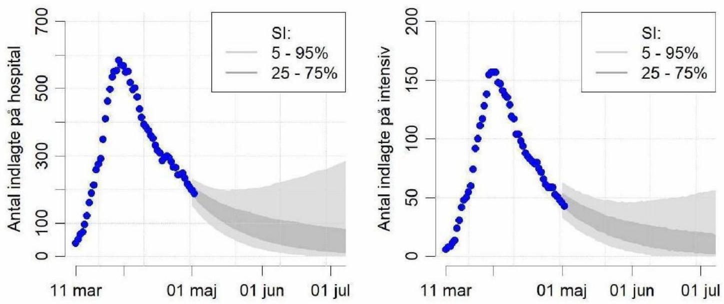
Tabel 5.1 Oversigt over figurer for scenarier i bilag

Oversigt over figurer for scenarier i bilag			
Scenarie		**Bilag 4**	**Bilag 5**
0	Ingen yderligere åbning	B4.0	B5.0
1	Grundblok (G)	B4.1	B5.1
2	G + skole 6.-10 kl.	B4.2	B5.2
3	G + skole 9.-10 kl.	B4.3	B5.3
4	G + skole 6.-10 kl. + efterskole	B4.4	B5.4
5	G + skole 6.-10 kl. + restauration (ude)	B4.5	B5.5
6	G + skole 6.-10 kl. + restauration (inde og ude)	B4.6	B5.6
7	G + skole 6.-10 kl. + private	B4.7	B5.7
8	G + skole 6.-10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private	B4.8	B5.8
9	G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private	B4.9	B5.9
10	G + skole 6.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private	B4.10	B5.10
11	G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private	B4.11	B5.11
Følsomhedsberegninger			
Grundblok + halv fysisk afstand		B4.12	B5.12
Grundblok + normal fysisk afstand		B4.13	B5.13
G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private + halv fysisk afstand		B4.14	B5.14
G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private + normal fysisk afstand		B4.15	B5.15

Resultater summeret for hele landet
Modelberegninger for hvert scenarie er gennemført med simulationer af samme parametre i hver region, og resultaterne kan derfor sammenlignes på tværs og summeres for hele landet (dermed er også den statistiske usikkerhed summeret). Det bemærkes, at percentilerne ikke nødvendigvis summer helt nøjagtigt.

Modelberegningerne viser, at hvis den nuværende grad af nedlukning videreføres, forventes belastningen af sygehusene at være lav, og epidemien forventes langsomt at dø ud (Figur 5.1).

Figur 5.1: Den simulerede sygehusbelastning uden yderligere åbninger



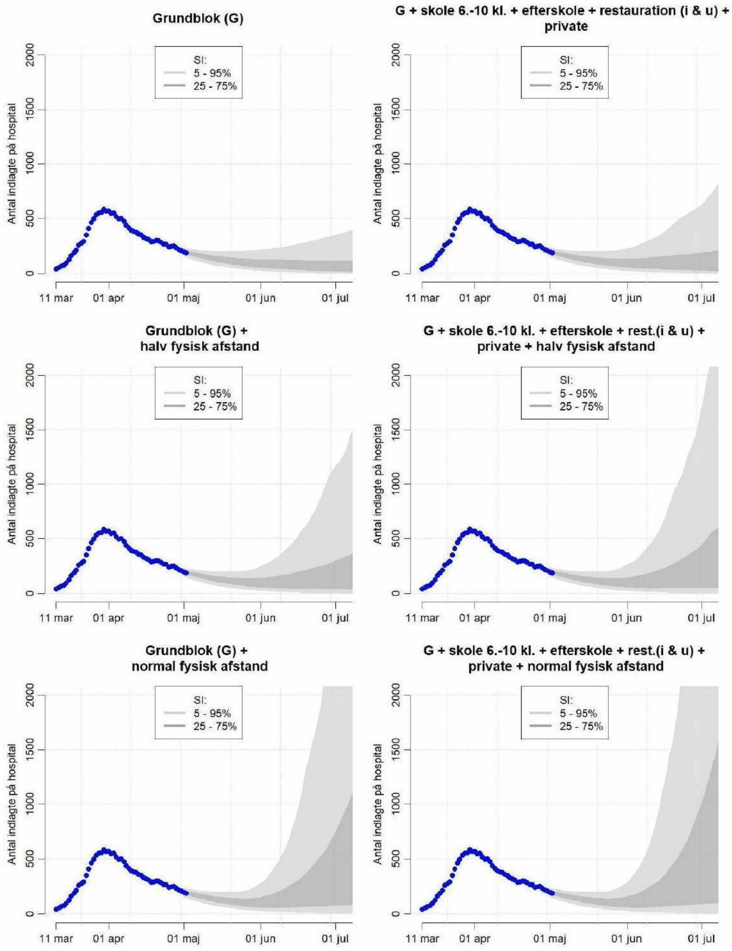
Epidemien forventes ligeledes at dø ud for scenariet med genåbning svarende til grundblokken alene. Dette gør sig dog kun gældende ved fortsat opretholdelse af fysisk afstand (Figur 5.2).

For grundblokken med 50 pct. nedsat fysisk afstand (Figur 5.2) estimeres det i ca. 70 pct. af simulationerne, at det totale antal indlagte på landsplan holder sig under 500 frem til primo juli 2020, mens antal indlagte på intensiv holder sig under 100 frem til primo juli 2020. Hvis effekten af fysisk afstand nedsættes med 100 pct. (dvs. normal fysisk afstand), estimeres antallet af totale indlagte og indlagte på intensiv på landsplan at stige betydeligt mere og med potentiel mere stejl stigning i udviklingen omkring primo juli 2020 (Figur 5.2 og B5.13).

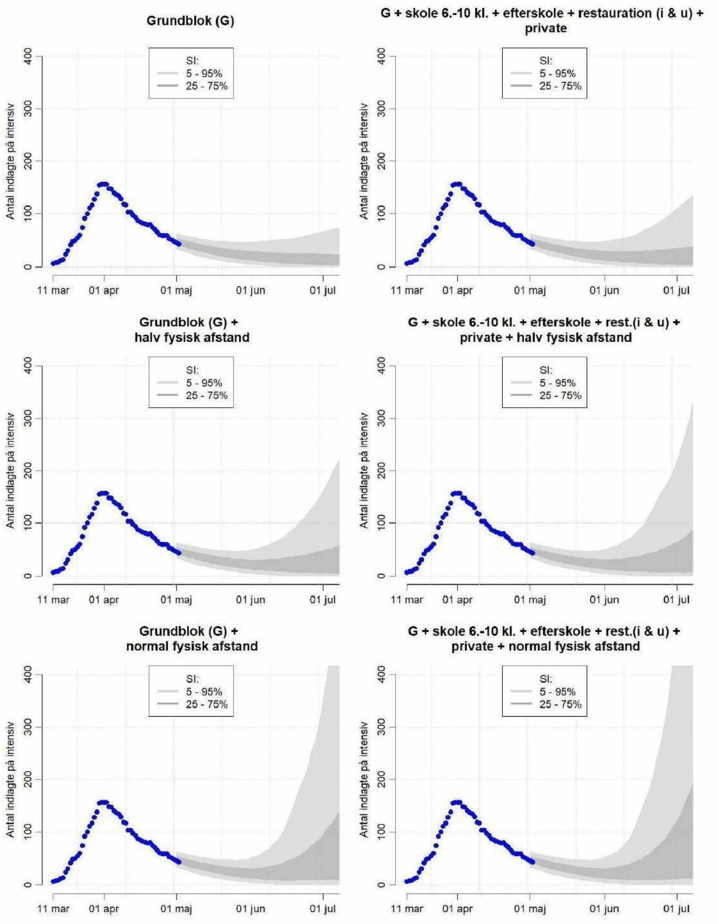
Scenarie med grundblokken, 6.-10. kl., efterskole, restauration (inde og ude) og private
Ved opretholdelse af fysisk afstand og hygiejnetiltag viser modelberegningerne, at antallet af totale indlagte på landsplan med overvejende sandsynlighed fortsætter med at være lavere end 500 COVID-19 indlagte indtil slutningen på det simulerede tidsinterval, den 1. juli 2020 (Figur 5.2). Dertil viser modelberegningerne, at antallet af indlagte på intensiv i dette scenarie fortsætter under 100 indtil slutningen på det simulerede tidsinterval (Figur B5.10).

Hvis fysisk afstand og hygiejnetiltag nedsættes med hhv. 50 pct. og 100 pct. stiger antallet af totale indlagte markant frem mod slutningen af det simulerede tidsinterval. Det samme gør sig gældende for antallet af indlagte på intensiv (Figur 5.2, 5.3, B5.14, B5.15).

Figur 5.2 Den simulerede sygehusbelastning samlet for hele landet



Figur 5.3 Den simulerede belastning på intensive sengepladser samlet for hele landet



Forskel på tværs af regionerne

Modelberegningerne viser, at der er stor forskel mellem regionerne i den forventede belastning på sygehusene (Bilag 4). Der ses en stor forekomst af sygdommen i Region Hovedstaden og Region Sjælland, hvor der opstår den største del af antal totale indlagte, mens en lavere forekomst

er indikeret i de tre andre regioner (Bilag 4). De samme resultater kan observeres for antal indlagte på intensiv (Bilag 5).

5.1 Sammenfatning

Sammenfattende kan det konkluderes, at det er overvejende sandsynligt at epidemien dør ud af sig selv såfremt den nuværende grad af nedlukning fortsætter. Epidemien forventes ligeledes at dø ud for scenariet med genåbning svarende til grundblokken alene, under forudsætning af, at fysisk afstand og hygiejnetiltag fastholdes. Det skal bemærkes, at dette gælder kun på kort sigt. På nuværende tidspunkt er immuniteten i den danske befolkning relativ lav, der er således en betydelig risiko, for at der senere kommer en 2. bølge af epidemien.

Udvides grundblokken med yderligere tiltag viser modelberegningerne, at antallet af indlagte på intensiv fortsætter under 100 indtil slutningen på det simulerede tidsinterval. En del af disse simuleringer er dog på en opadgående kurve, i slutningen af prognoseforløbet. Det skal imidlertid bemærkes at en væsentlig del af disse kurver i den efterfølgende måned topper og bøjer af. Bestemmelsen af denne top er imidlertid usikker og er som følge heraf ikke medtaget i disse simuleringer, men betyder, at der kunne være mulighed for at have en afgrænset periode, hvor vækstraten (Re) er lidt over 1.

Som i tidligere modeller er overholdelse af fysisk afstand og hygiejnetiltag af stor betydning. Effekt af teststrategi og kontaktopsporing er ikke inkluderet i nogle af modellerne da effekten af denne indsats er usikker.

6. Referencer

Backer JA, Klinkenberg D, Wallinga J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. EoSurveill 2020.

Biggerstaff, M., Cauchemez, S., Reed, C. et al. Estimates of the reproduction number for seasonal, pandemic, and zoonotic influenza: a systematic review of the literature. BMC Infect Dis 14, 480 (2014).

Blocken, B., Malizia, F., van Druenen, T., & Marchal, T. Towards aerodynamically equivalent COVID19 1.5 m social distancing for walking and running.

Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., ... & Dighe, A. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand.

Gudbjartsson DF, Helgason A, Jonsson H, Magnusson OT, Ph.D., Pall Melsted... Karl G Kristinsson, Unnur Thorsteinsdottir, Stefansson K. "Early Spread of SARS-Cov-2 in the Icelandic Population". MedRxiv 2020

Klepac, P., Kucharski, A. J., Conlan, A. J., Kissler, S., Tang, M., Fry, H., & Gog, J. R. (2020). Contacts in context: large-scale setting-specific social mixing matrices from the BBC Pandemic project. *medRxiv*.

Li, Qun, Xuhua Guan, Peng Wu, Xiaoye Wang, Lei Zhou, Yeqing Tong, Ruiqi Ren et al. "Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia." *New England Journal of Medicine* (2020).

Li, Ruiyun, Sen Pei, Bin Chen, Yimeng Song, Tao Zhang, Wan Yang, and Jeffrey Shaman. "Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2)." *Science* (2020).

Milne, G.J., & Xie, Simon, 2020. The effectiveness of social distancing in mitigating COVID-19 spread: a modelling analysis. MedRxiv https://doi.org/10.1101/2020.03.20.20040055

Mossong, J., Hens, N., Jit, M., Beutels, P., Auranen, K., Mikolajczyk, R., Massari, M., ... & Edmunds, W.J., 2008. Social contacts and mixing patterns relevant to the spread of infectious diseases. Plos Med 5(3) e74. Doi:10.1371/journal.pmed.0050074.

Prem, K., 10)(2e, 0)(2., Russell, T.W., Kucharski, A.J., Eggo, R.M., Davies, N., Jit, M. and Klepac, P., 2020. The effect of control strategies that reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 Working and Jit, Mark and Klepac, Petra, The Effect of Control Strategies that Reduce Social Mixing on Outcomes of the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China (3/9/2020).*

Seth Flaxman, Swapnil Mishra, Axel Gandy, H Juliette T Unwin, Helen Coupland... Michaela A C Vollmer, Neil M. Ferguson and Samir Bhatt. "Estimating the number of infections and the impact of non- pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries, Imperial College Response team 2020.

Tang, Biao, Xia Wang, Qian Li, Nicola Luigi Bragazzi, Sanyi Tang, Yanni Xiao, and Jianhong Wu. "Estimation of the transmission risk of the 2019-nCoV and its implication for public health interventions." *Journal of Clinical Medicine* 9, no. 2 (2020): 462.

Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study, The Lancet, 2020

Bilag 1. Udvikling i befolkningens bevægelses-mønstre

Ekspertgruppen har analyseret aggregerede teledata, trafikdata og rejsekortdata for at belyse befolkningens overordnede bevægelsesmønstre. Det bemærkes, at ekspertgruppen ikke har adgang til enkelte persons lokationer eller rejser, men kun aggregerede og fuldt anonymiserede data. Data kan derfor ikke bruges til at belyse den enkelte persons bevægelser. Herunder afrapporteres resultaterne af disse analyser.

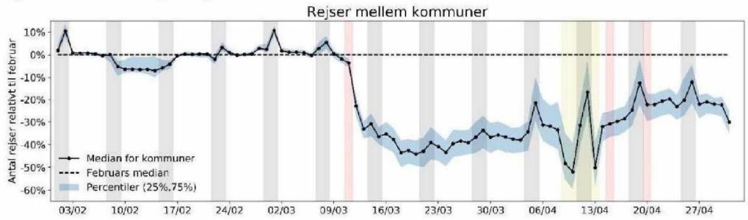
Analyse af teledata
Ekspertgruppen har analyseret aggregerede teledata, der viser antallet af personer, som har bevæget sig inden for og mellem kommuner i Danmark. Disse teledata kan anvendes til at belyse mønstre i befolkningens samlede bevægelser i samfundet målt over tid.

Ekspertgruppen har alene adgang til data for det totale antal rejser inden for og mellem kommuner, som typisk udgør titusinder eller hundredtusinder rejser for hver opgjorte tidsperiode. Data kan derfor ikke bruges til at belyse den enkelte persons bevægelser.

Figur B1.1 og B1.2 viser, at antallet af rejser mellem og inden for kommuner relativt til februar 2020. En rejse er defineret ved, at en bruger er registreret ved to forskellige master og har haft længere tids ophold begge steder[2].

Figurerne viser, at der skete et brat fald i antallet af rejser mellem og inden for kommuner ved nedlukningen af Danmark fra den 11. marts 2020, hvorefter antallet af sådanne rejser har været stigende frem til slutningen af april. Nedlukningen påvirkede særligt antallet af rejser på tværs af kommuner, og denne rejseaktivitet ligger stadig omtrent 20 pct. under niveauet for februar 2020. Antallet af rejser inden for samme kommune ligger nærmere niveauet fra februar 2020.

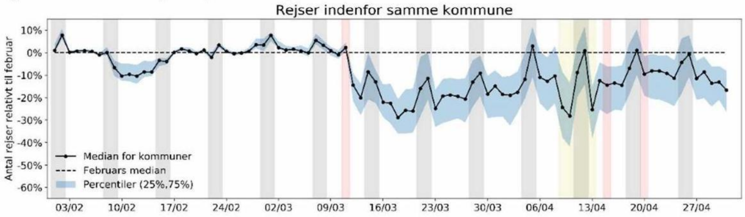
Figur B1.1. Teledata for rejser mellem kommuner



Anmærkninger: På figuren er markeret: Forløbet for nedlukning og genåbning af Danmark med rød skravering (11. marts: Nedlukning af Danmark, 15. april: Gradvis genåbning af skoler 0.-5. klasse, daginstitutioner mv. og 20. april: Genåbning af liberale erhverv, domstole mv.). Weekender med grå skravering. Påsken med gul skravering.

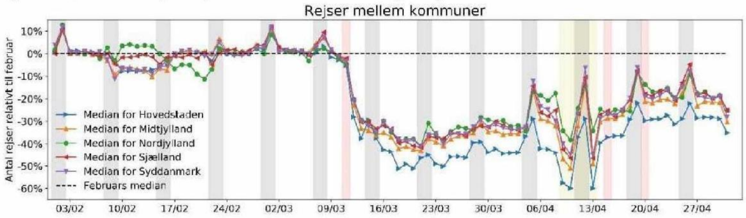
[2] Hver figur viser den vægtede median af antallet af rejser relativt til medianværdien for samme ugedag i februar. Ved udregningen af vægtede medianer vægtes den enkelte kommunes relative ændring proportionalt med kommunens totale antal rejser på dagen. For figurer på landsplan illustreres spredningen i værdier ved også at vise intervallet, hvori de 50% mindst ekstreme værdier ligger.

Figur B1.2. Teledata for rejser inden for samme kommune



Anmærkninger: På figuren er markeret: Forløbet for nedlukning og genåbning af Danmark med rød skravering (11. marts: Nedlukning af Danmark, 15. april: Gradvis genåbning af skoler 0.-5. klasse, daginstitutioner mv. og 20. april: Genåbning af liberale erhverv, domstole mv.). Weekender med grå skravering. Påsken med gul skravering.

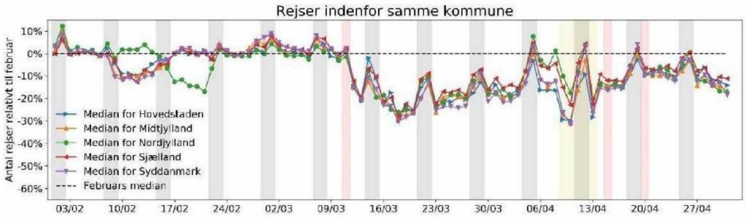
Figur B1.3. Teledata for rejser mellem kommuner på regionsniveau



Anmærkninger: På figuren er markeret: Forløbet for nedlukning og genåbning af Danmark med rød skravering (11. marts: Nedlukning af Danmark, 15. april: Gradvis genåbning af skoler 0.-5. klasse, daginstitutioner mv. og 20. april: Genåbning af liberale erhverv, domstole mv.). Weekender med grå skravering. Påsken med gul skravering.

I figur B1.3 og B1.4 illustreres antal rejser mellem og inden for kommuner opgjort for de enkelte regioner. På regionsniveau medtælles rejser, som påbegyndtes inden for den pågældende region.

Figur B1.4. Teledata for rejser inden for samme kommune på regionsniveau



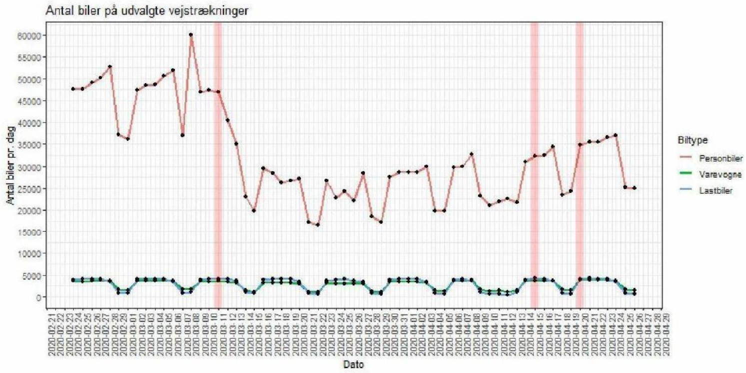
Anmærkninger: På figuren er markeret: Forløbet for nedlukning og genåbning af Danmark med rød skravering (11. marts: Nedlukning af Danmark, 15. april: Gradvis genåbning af skoler 0.-5. klasse, daginstitutioner mv. og 20. april: Genåbning af liberale erhverv, domstole mv.). Weekender med grå skravering. Påsken med gul skravering.

Analyse af trafikdata

Ekspertgruppen har analyseret data for trafikudviklingen på statsvejnettet, der viser antallet af personbiler, varevogne og lastbiler på udvalgte vejstrækninger per dag.

Figur B1.5 viser, at personbilstrafikken faldt til omkring 55 pct. af normalniveauet umiddelbart efter nedlukningen den 11. marts 2020 (det er anslået, at normalniveauet for antal personbiler i hverdagene før nedlukningen var omkring 50.000). Siden har personbilstrafikken været langsomt stigende til omkring 70 pct. af normalniveauet i slutningen af april 2020.

Figur B1.5. Det gennemsnitlige daglige antal biler målt på 30 strækninger i hele landet, fordelt på personbiler, varevogne og lastbiler.



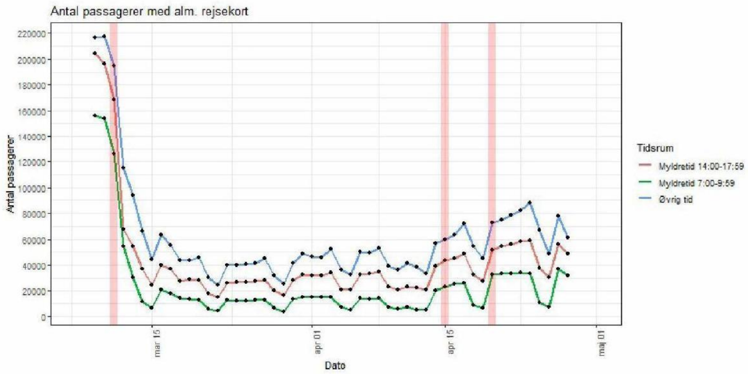
Anmærkninger: På figuren er markeret: Forløbet for nedlukning og genåbning af Danmark med rød skravering (11. marts: Nedlukning af Danmark, 15. april: Gradvis genåbning af skoler 0.-5. klasse, daginstitutioner mv. og 20. april: Genåbning af liberale erhverv, domstole mv.).
Kilde: Vejdirektoratet.

Rejsekortdata

Ekspertgruppen har analyseret data for antal passagerer med almindeligt rejsekort for tre perioder på døgnet (morgenmyldretid kl. 7-10, eftermiddagsmyldretid kl. 14-18 og øvrig tid) per dag. Data indeholder ikke rejser foretaget med pendlerkort o.lign. Resultater fremgår af figur B1.6 nedenfor.

Figur B1.6 viser, at antallet af passagerer med almindeligt rejsekort faldt til omkring 10-20 pct. af normalniveauet umiddelbart efter nedlukningen den 11. marts 2020 (antal passagerer faldt i morgenmyldretiden fra ca. 220.000 til ca. 30.000, i eftermiddagsmyldretiden fra ca. 160.000 til ca. 15.000 og i øvrige tid fra ca. 220.000 til ca. 40.000). Herefter ses tendenser til en langsom stigning i antal passagerer til omkring 20-35 pct. af normalniveauet i slutningen af april 2020.

Figur B1.6. Det registrerede antal passagerer med almindeligt rejsekort, fordelt på to myldretidsperioder og øvrig tid.



Anmærkninger: På figuren er markeret: Forløbet for nedlukning og genåbning af Danmark med rød skravering (11. marts: Nedlukning af Danmark, 15. april: Gradvis genåbning af skoler 0.-5. klasse, daginstitutioner mv. og 20. april: Genåbning af liberale erhverv, domstole mv.).
Kilde: Rejsekort & Rejseplan A/S

Estimering af samlet aktivitetsniveau
Ekspertgruppen har kun adgang til aggregerede data for trafik og rejsekort og kombinerer aktivitetstal for rejsekort og biltrafik. Ifølge Skougaard og Christiansen (2014) fylder andelen af pendlerrejser med bil 63%. Derfor er aktivitetsniveauet for biler (70%) vægtet tre gange højere end aktivitetsniveauet for offentlig transport (30%). Samlet estimeres det nuværende aktivitetsniveau til 60%.

Referencer
Skougaard, B. Z., & Christiansen, H. (2014). Transportvaneundersøgelsen-Faktaark om pendling i Danmark.
https://backend.orbit.dtu.dk/ws/portalfiles/portal/110639188/2014_Faktaark_Pendling.pdf

Bilag 2. Foreløbige resultater fra sentinelovervågningen

Grundet COVID-19 epidemien har Statens Serum Institut (SSI) udvidet sentinelovervågningen af influenza i almen praksis til også at omfatte overvågning af COVID-19.

Om sentinelovervågningen

Sentinelovervågningen er et frivilligt stikprøvebaseret meldesystem til overvågning af influenza i almen praksis. Ca. 120 praktiserende læger rapporterer hver uge i influenzasæsonen antallet af patienter med "influenzalignende sygdom" (ILS) fordelt på aldersgrupper og det samlede antal konsultationer. Herudfra udregnes en ILS-konsultationsprocent. Udover dette bidrager lægerne med at udtage mikrobiologiske prøver fra et antal ILS-patienter. Definitionen på ILS er hurtigt indsættende symptomer kombineret med mindst ét luftvejssymptom (hoste, ondt i halsen, åndedrætsbesvær) og mindst ét almensymptom (feber > 38oC, ondt i kroppen, hovedpine, sygdomsfornemmelse). Da symptomerne på influenza har ligheder med symptomerne på COVID-19, kan dette system også anvendes til at overvåge forekomsten af COVID-19.

SSI har på grund af COVID-19-epidemien udvidet sentinelovervågningen, så den fortsætter ud over den normale influenzasæson. Da patienter med COVID-19 ikke skal møde fysisk op i praksis, har SSI fra uge 13 ændret systemet til også at omfatte ILS-telefonkonsultationer og -videokonsultationer. Dermed er det samlede antal konsultationer baseret på både telefonkonsultationer, videokonsultationer og konsultationer med fysisk fremmøde. Fra uge 13 har SSI derudover øget antallet af mikrobiologiske stikprøver fra patienter med ILS, som kan foretages med prøvetagning i hjemmet. De praktiserende læger har også hjulpet med at tage stikprøver fra asymptomatiske patienter,dvs. patienter uden ILS-symptomer, som er i praksis af anden årsag fx på grund af vaccination, kontrol af kroniske sygdomme osv.

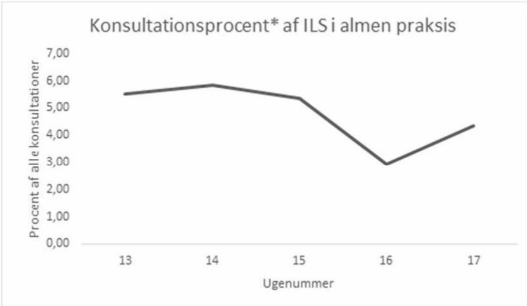
Udvikling i sentineldata siden uge 13

Den udvidede sentinelovervågning har kørt i fem uger. Da data om konsultationsprocent opgøres én gang om ugen, er seneste data om dette fra uge 17. I denne periode har antallet af rapporterende læger varieret fra 103-165, antal ILS-konsultationer varieret fra 623-1.231 og det samlede antal konsultationer fra 11.240-21.533.

Den samlede konsultationsprocent lå på et stabilt niveau i ugerne 13, 14 og 15, hvorefter der var et mindre fald i konsulationsprocenten fra 5,4 % i uge 15 til 3,0 % i uge 16, jf. figur B2.1. I uge 17 ses der igen en lille stigning.

287803

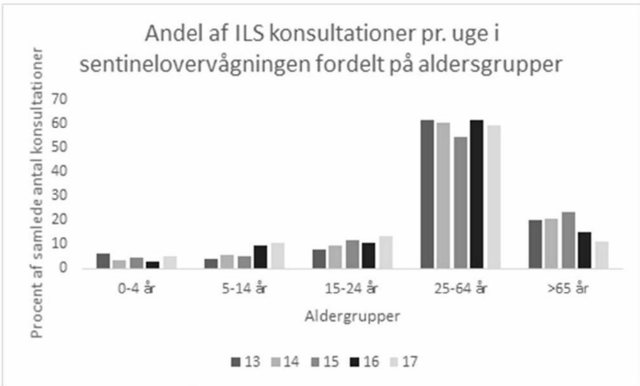
Figur B2.1. ILS-konsultationsprocent i almen praksis fra uge 13 2020



*Anmærkninger: *Konsultationsprocenten er udregnet som andelen af patienter med ILS i både fysisk, telefonisk eller videokonsultation ud af det samlede antal konsultationer.*

Af figur B2.2 ser man den procentvise andel af alle ILS-konsultationer fordelt på aldersgrupper. Her fremgår det, at aldersgrupperne 5-14 år og 15-24 år udgør en lidt større andel af det samlede antal ILS-konsultationer i de seneste uger, mens konsultationer i aldersgruppen >65 år fylder procentvis mindre. Der er dog tale om små tal. Der er ikke tale om bekræftede tilfælde af influenza eller COVID-19, og det er muligt, at ændringer i Sundhedsstyrelsens retningslinje med øget adgang til test for personer med milde symptomer kan have påvirket den måde, hvorpå patienter kontakter egen læge. Således kan tærsklen for at kontakte egen læge være faldet, og det betyder ikke nødvendigvis, at der er tale om en stigning i ILS i de nævnte aldersgrupper. Dog kan man heller ikke udelukke, at det sidstnævnte er tilfældet.

Figur B2.2. Andelen af ILS-konsultationer fordelt på aldersgrupper i sentinelovervågningen uge 13 – uge 17 2020



Tabel B2.1 viser antal påviste COVID-19 tilfælde og positivprocenten blandt de stikprøver, som er foretaget i sentinelovervågningen i ugerne 13 til og med uge 16 (i alt 1.874 prøver). Tabellen er opdelt i personer *med* ILS-symptomer og *uden* ILS-symptomer. Her fremgår det, at andelen af patienter med positive prøver er faldende over perioden. Grundet stikprøvens størrelse, er der usikkerhed behæftet med tallene, hvorfor der ikke er nogen klar tendens.

Tabel B2.1: Antal testede, antal positive, samt procent positive, uge 13-16 2020

	Influenzalignende symptomer			**Ej symptomer**		
Ugenr.	Antal prøver	Antal positive	% positive	Antal prøver	Antal positive	% positive
13	249	26	10	227	<5	-
14	304	19	6	228	<5	-
15	187	<5	-	228	<5	-
16	163	6	4	288	0	0
I alt	903	53	6	971	9	1

Bilag 3. Medlemmer af ekspertgruppen

Ekspertgruppen ledes af overlæge (10)(2e), Infektionsberedskabet, Statens Serum Institut.

Danmarks Tekniske Universitet, Institut for Matematik og Computer Science
- Kaare Græsbøll, ph.d., MSc, Seniorforsker, Sektion for dynamiske systemer
- (10)(2e), ph.d., MSc Eng, lektor, Sektion for dynamiske systemer
- Sune Lehmann, Professor
- Uffe Høgsbro Thygesen, Civilingeniør (ph.d.), lektor
- Jonas Lybker Juul, Postdoc

Københavns Universitet, Det sundhedsvidenskabelige fakultet, Institut for Veterinær- og Husdyrvidenskab,
- Carsten Thure Kirkeby, Seniorforsker, ph.d., MSc. Sektion for Animal Welfare and Disease Control
- Matt Denwood, BVMS ph.d.
- (10)(2e), BSc, MSc, ph.d., Professor, Sektion for Welfare and Disease Control

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab
- Theis Lange, Vice Institutleder, Lektor i Biostatistik, ph.d., Biostatistisk Afdeling

Københavns Universitet, Niels Bohr Institutet
- Kim Sneppen, Professor, Biological and Complex Systems

Roskilde Universitets Center, Institut for Naturvidenskab og Miljø
- (10)(2e) (10)(2e), Professor, Folkesundhedsvidenskab, Forsker i Pandemier og Modeller
- Viggo Andreasen, Lektor, Matematik og Fysik

Region Hovedstaden
- Anders Perner, Professor, Overlæge, Intensivafdelingen, Rigshospitalet

Danmarks Statistik
- Laust Hvas Mortensen, Chefkonsulent, professor, ph.d., Metode og Analyse

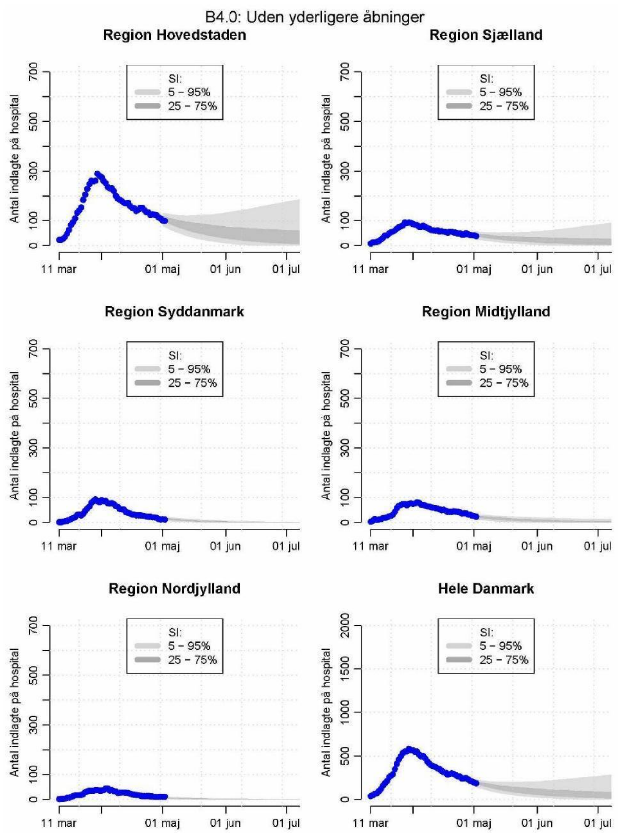
Associerede personer
- Søren Mikael Neermark, Specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Mathias Heltberg, Postdoc, ph.d., Niels Bohr Instituttet, Københavns Universitet samt Statens Serum Institut, Afdeling for biokompleksitet
- Infektionsberedskabet
- Frederik Plesner Lyngse, Postdoc, Økonomisk Institut, Københavns Universitet & Sundheds- og Ældreministeriet & Statens Serum Institut
- Peter (10)(2e) Bager, Seniorforsker, ph.d., Infektionsberedskab (AMR team)/Epidemiologisk Forskning, Statens Serum Institut

287803

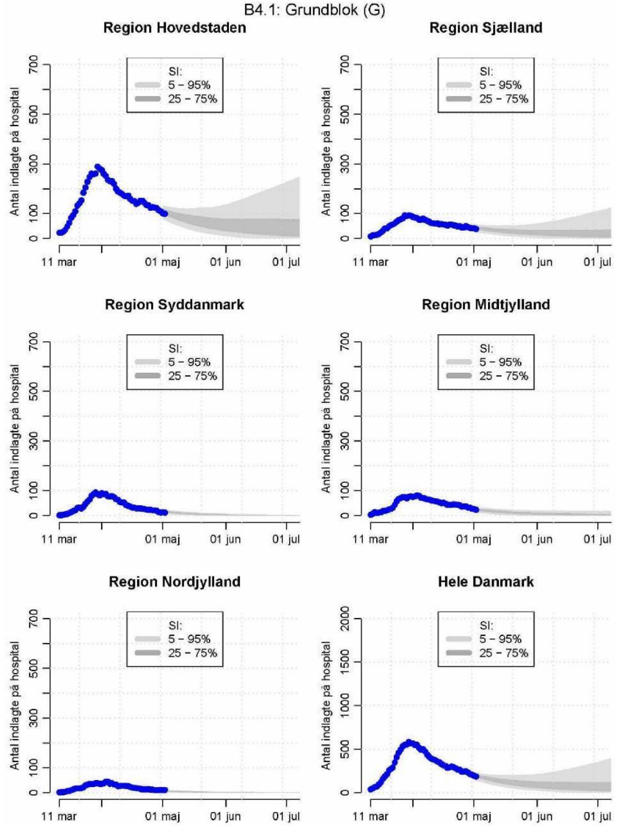
Bilag 4: Modelberegninger for antal indlagte på sygehuse

Bilag 4 indeholder figurer for alle modelberegninger for antal indlagte på sygehuse for alle scenarier både summeret for hele landet og de enkelte regioner. Herunder oversigt over figurer i bilaget.

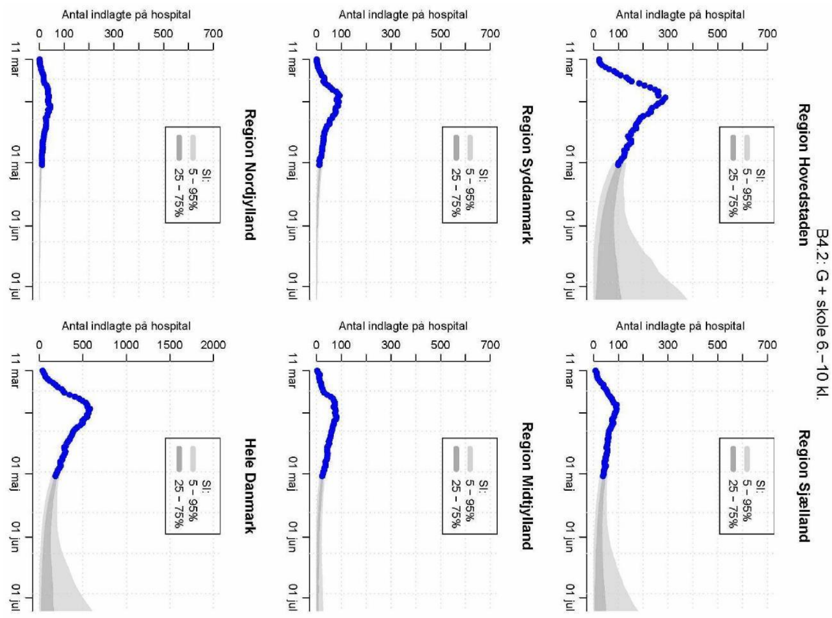
Oversigt over figurer i bilag 4		
Scenarie		**Figur nr.**
0	Ingen yderligere åbning	B4.0
1	Grundblok (G)	B4.1
2	G + skole 6.-10 kl.	B4.2
3	G + skole 9.-10 kl.	B4.3
4	G + skole 6.-10 kl. + efterskole	B4.4
5	G + skole 6.-10 kl. + restauration (ude)	B4.5
6	G + skole 6.-10 kl. + restauration (inde og ude)	B4.6
7	G + skole 6.-10 kl. + private	B4.7
8	G + skole 6.-10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private	B4.8
9	G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private	B4.9
10	G + skole 6.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private	B4.10
11	G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private	B4.11
Følsomhedsberegninger		
Grundblok + halv fysisk afstand		B4.12
Grundblok + normal fysisk afstand		B4.13
G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private + halv fysisk afstand		B4.14
G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private + normal fysisk afstand		B4.15


B4.0: Uden yderligere åbninger
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 – 95%
25 – 75%
Antal indlagte på hospital
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

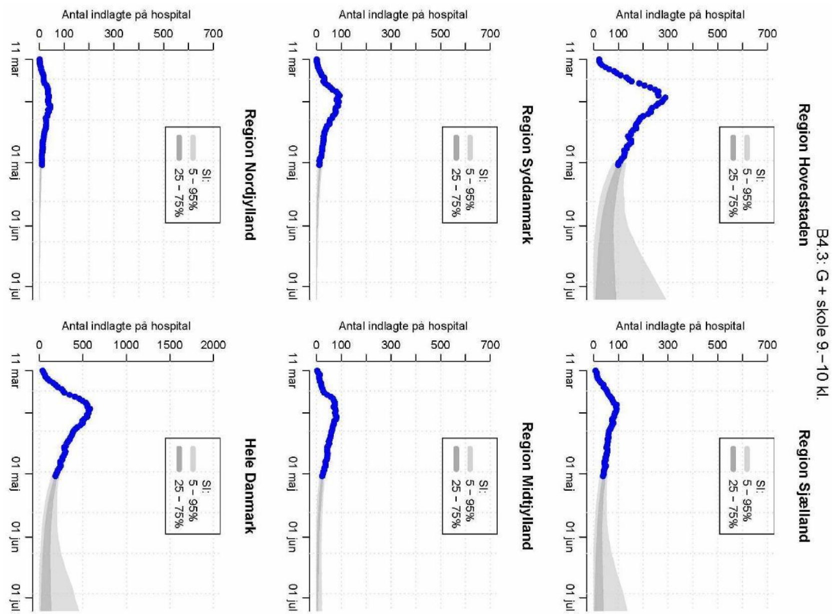
B4.1: Grundblok (G)



287803

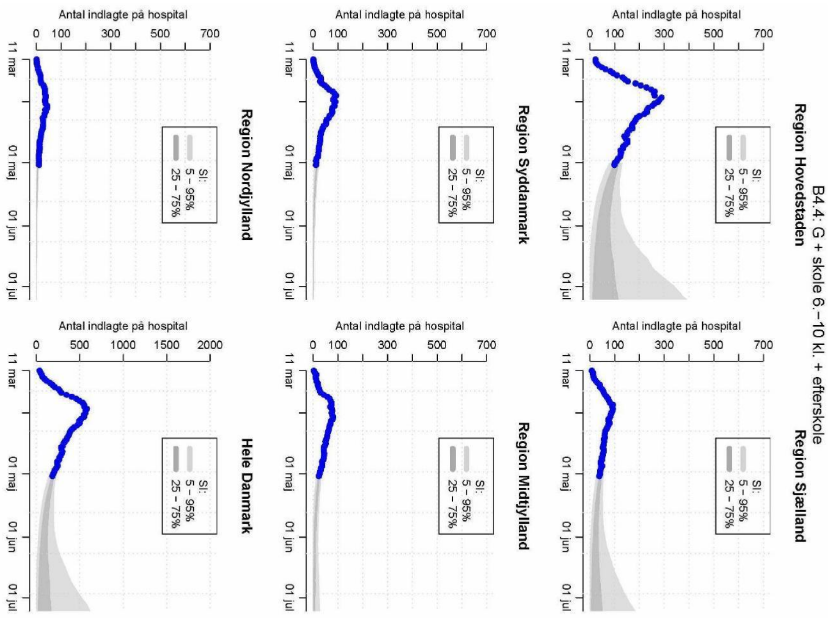

B4.2: G + skole 6.–10 kl.
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
Antal indlagte på hospital
SI:
5 – 95%
25 – 75%
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul
0
100
300
500
700
1000
1500
2000

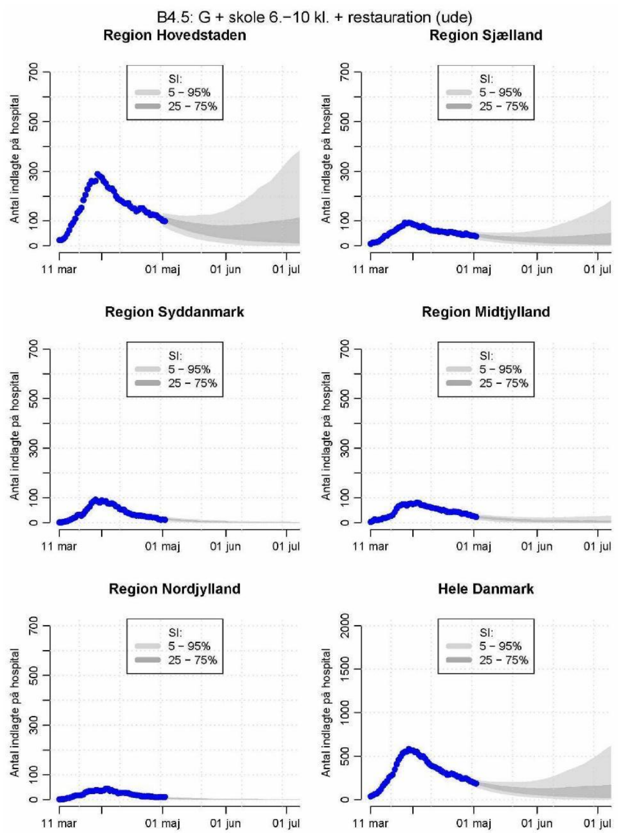
287803



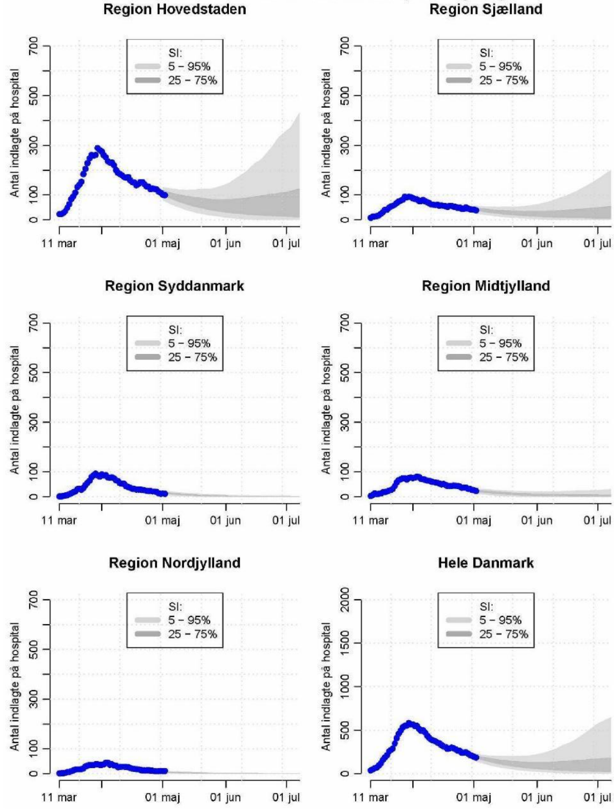
B4.3: G + skole 9.-10 kl.
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
Antal indlagte på hospital
0
100
300
500
700
1000
1500
2000
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul
SI:
5 – 95%
25 – 75%

287803

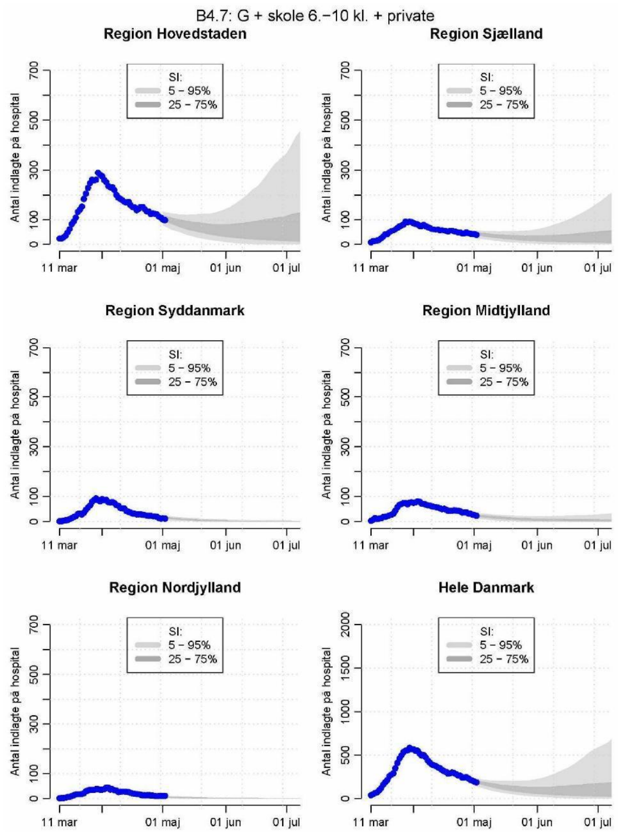

B4.4: G + skole 6.–10 kl. + efterskole
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
Antal indlagte på hospital
SI:
5 – 95%
25 – 75%
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul


B4.5: G + skole 6.−10 kl. + restauration (ude)
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
Antal indlagte på hospital
SI:
5 − 95%
25 − 75%
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

B4.6: G + skole 6.−10 kl. + restauration (inde− og ude)

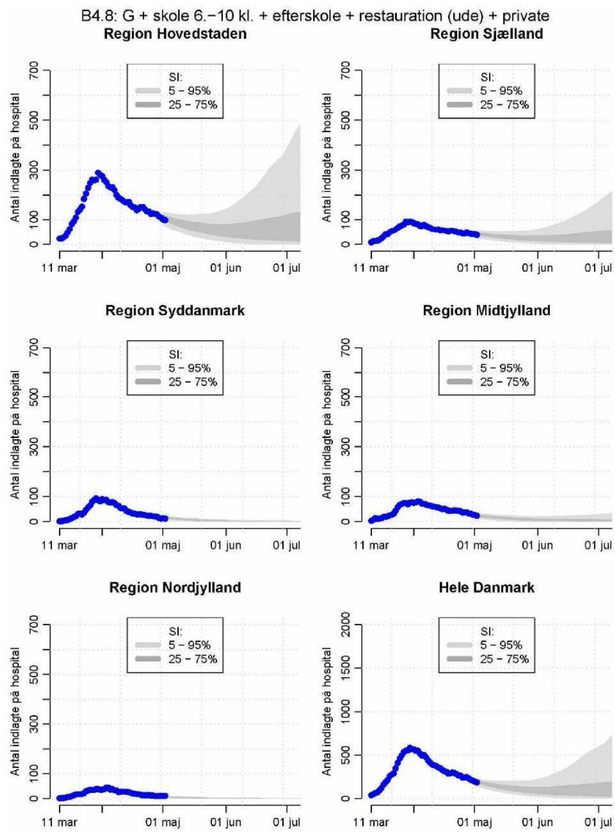


287803



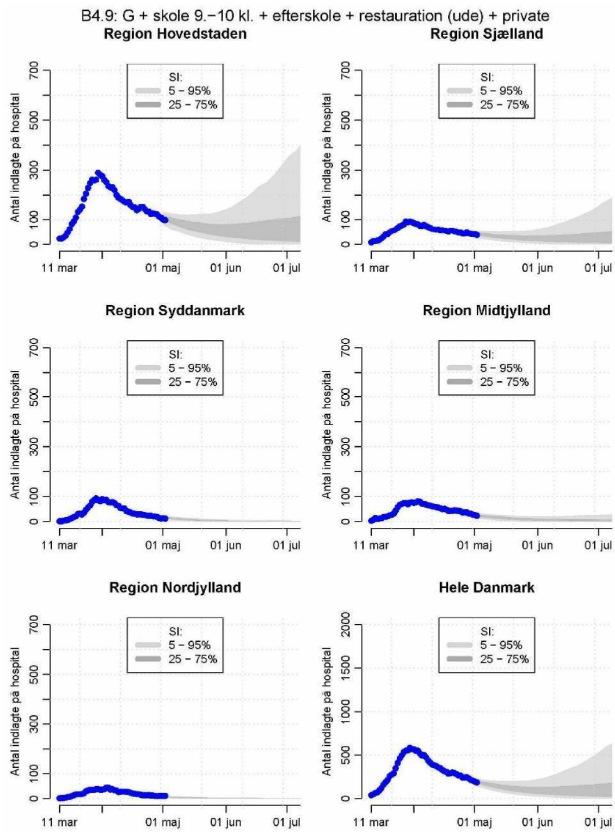
B4.7: G + skole 6.−10 kl. + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på hospital
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803



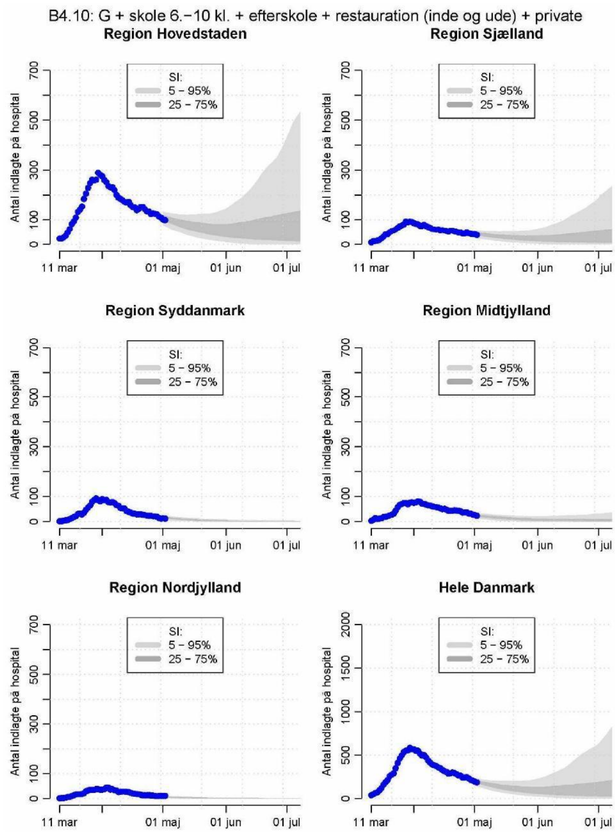
B4.8: G + skole 6.−10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på hospital
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803

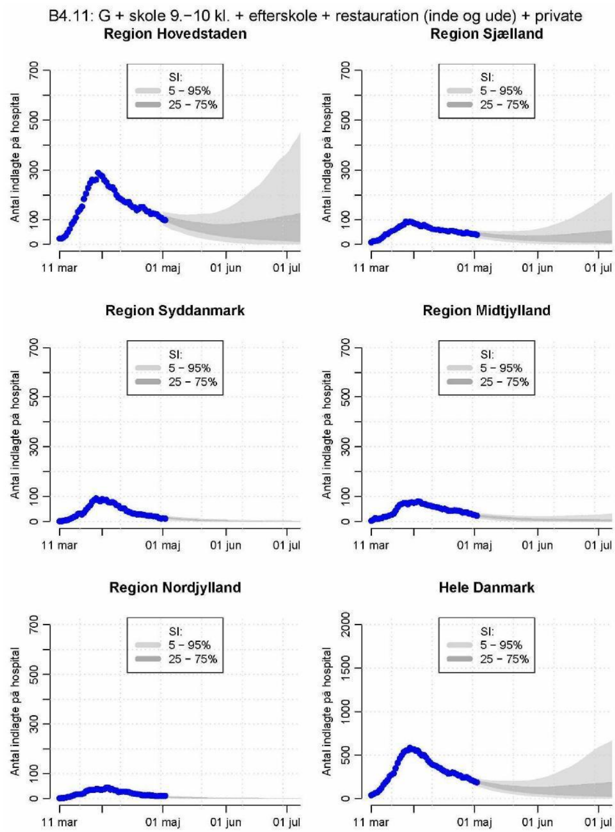


B4.9: G + skole 9.−10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på hospital
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

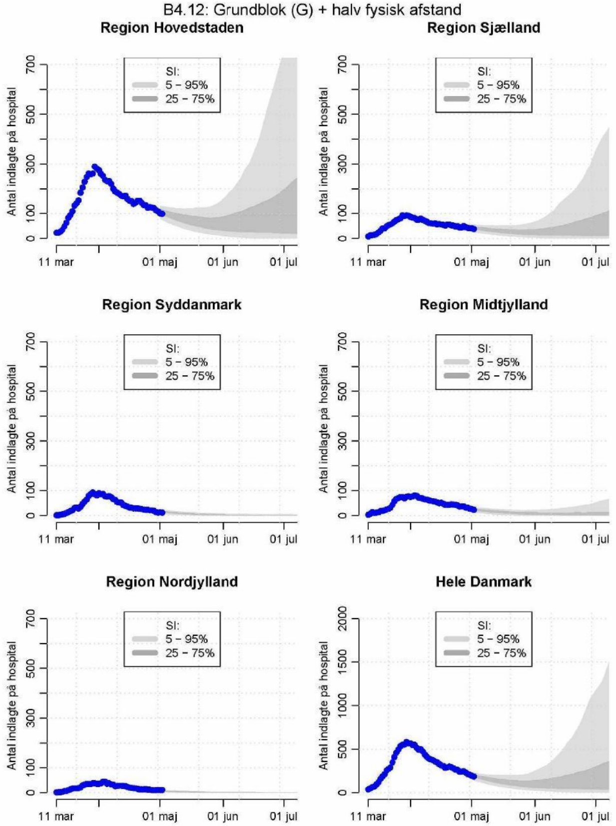
287803



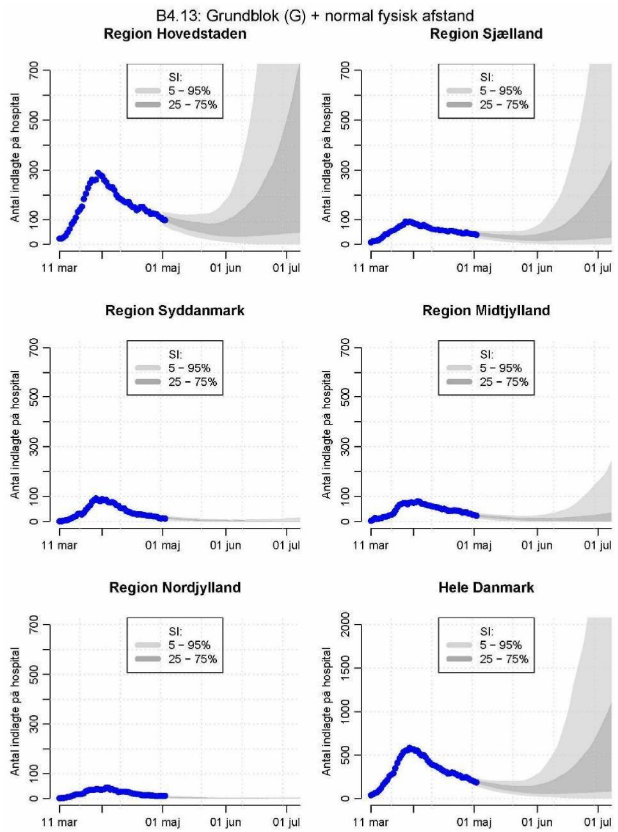
B4.10: G + skole 6.−10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på hospital
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul


B4.11: G + skole 9.−10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på hospital
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

B4.12: Grundblok (G) + halv fysisk afstand



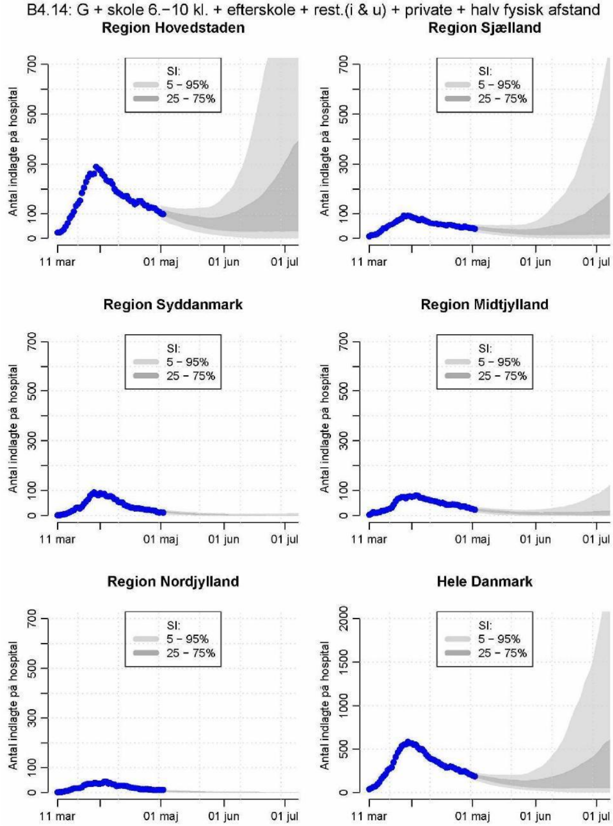
287803



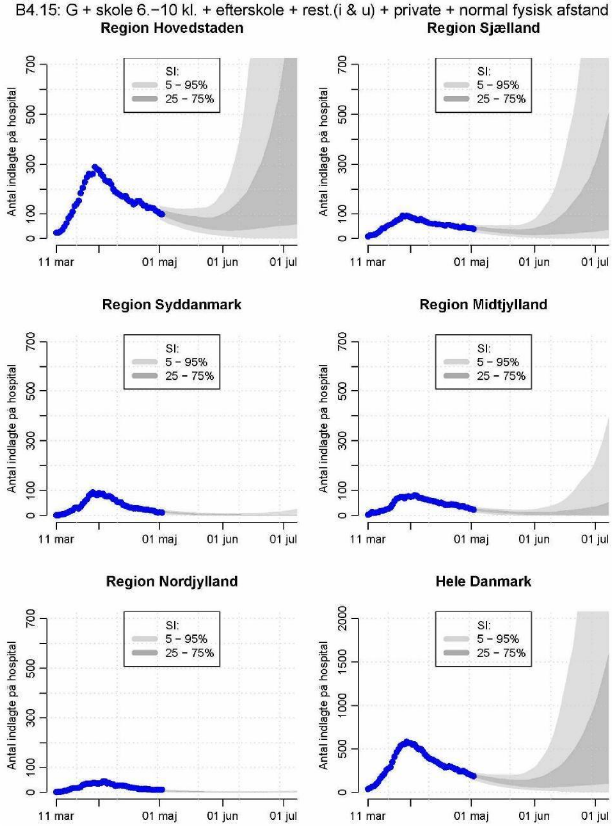
B4.13: Grundblok (G) + normal fysisk afstand
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 - 95%
25 - 75%
Antal indlagte på hospital
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803

B4.14: G + skole 6.−10 kl. + efterskole + rest.(i & u) + private + halv fysisk afstand



B4.15: G + skole 6.−10 kl. + efterskole + rest.(i & u) + private + normal fysisk afstand

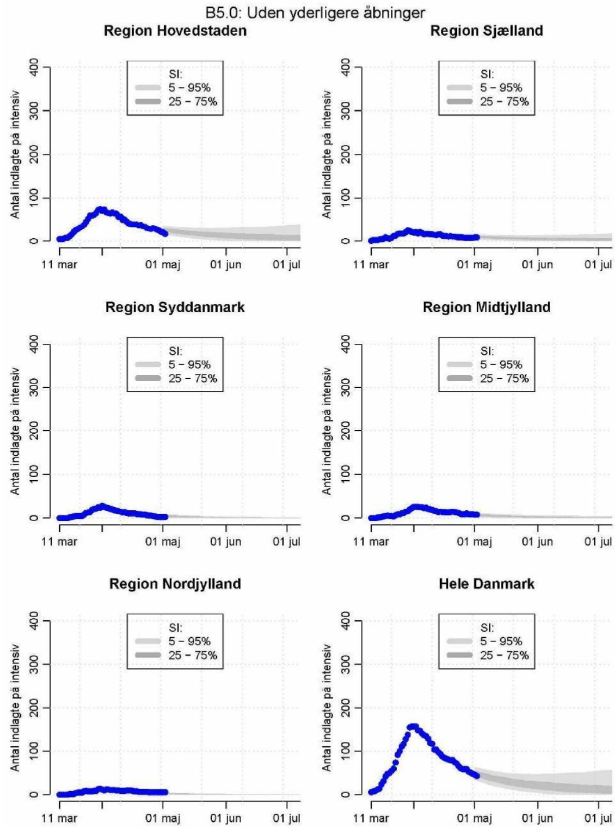


Bilag 5: Modelberegninger for antal intensive indlagte på sygehuse

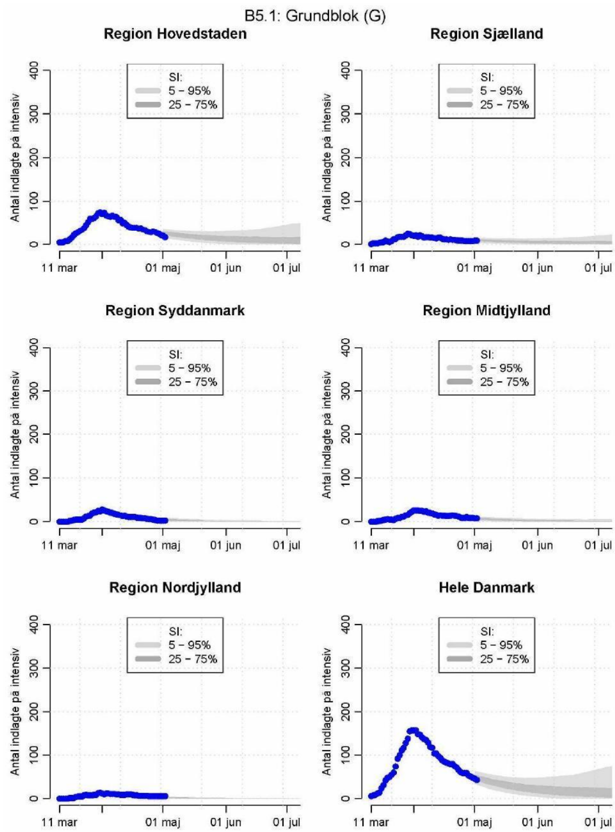
Bilag 5 indeholder figurer for alle modelberegninger for antal intensive indlagte på sygehuse for alle scenarier både summeret for hele landet og de enkelte regioner. Herunder oversigt over figurer i bilaget.

Oversigt over figurer i bilag 5		
Scenarie		**Figur nr.**
0	Ingen yderligere åbning	B5.0
1	Grundblok (G)	B5.1
2	G + skole 6.-10 kl.	B5.2
3	G + skole 9.-10 kl.	B5.3
4	G + skole 6.-10 kl. + efterskole	B5.4
5	G + skole 6.-10 kl. + restauration (ude)	B5.5
6	G + skole 6.-10 kl. + restauration (inde og ude)	B5.6
7	G + skole 6.-10 kl. + private	B5.7
8	G + skole 6.-10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private	B5.8
9	G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private	B5.9
10	G + skole 6.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private	B5.10
11	G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private	B5.11
Følsomhedsberegninger		
Grundblok + halv fysisk afstand		B5.12
Grundblok + normal fysisk afstand		B5.13
G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private + halv fysisk afstand		B5.14
G + skole 9.-10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private + normal fysisk afstand		B5.15

287803

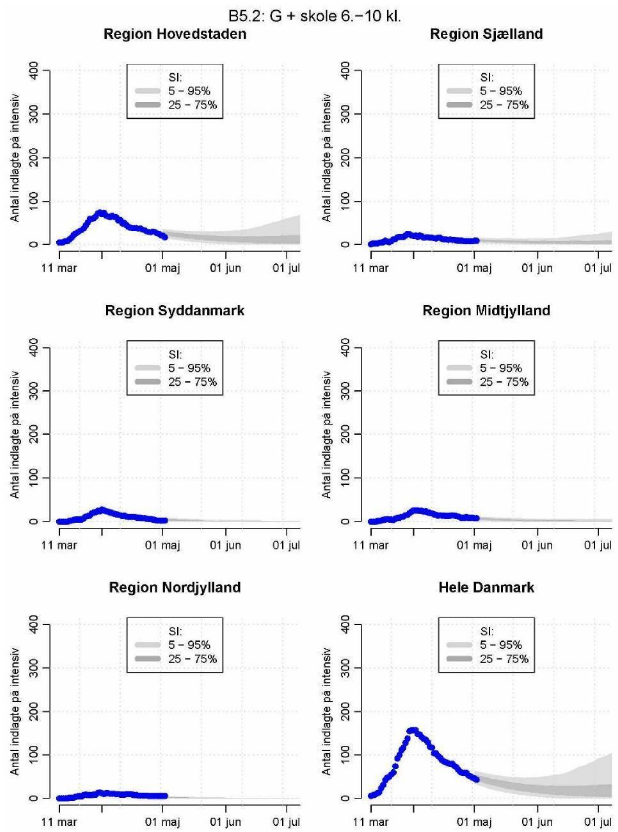

B5.0: Uden yderligere åbninger
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 - 95%
25 - 75%
Antal indlagte på intensiv
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803



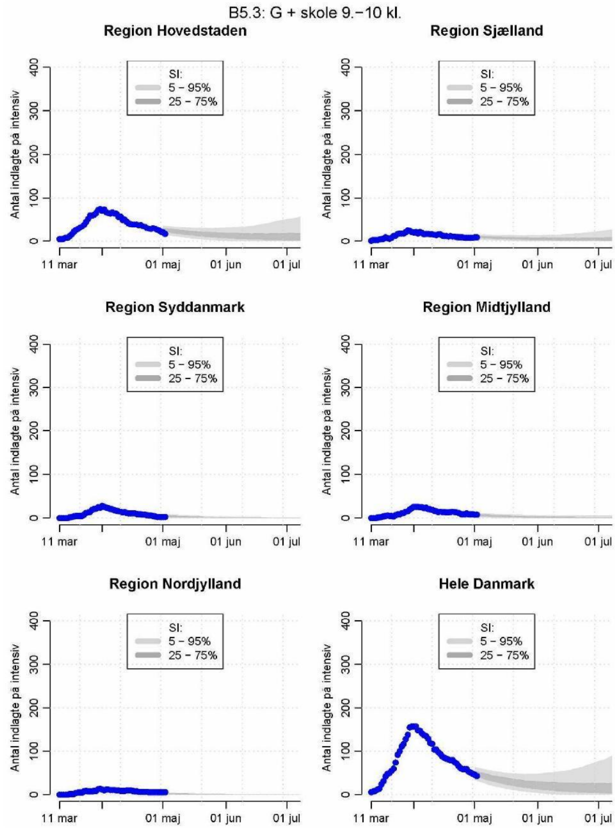
B5.1: Grundblok (G)
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
Antal indlagte på intensiv
SI:
5 - 95%
25 - 75%
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803



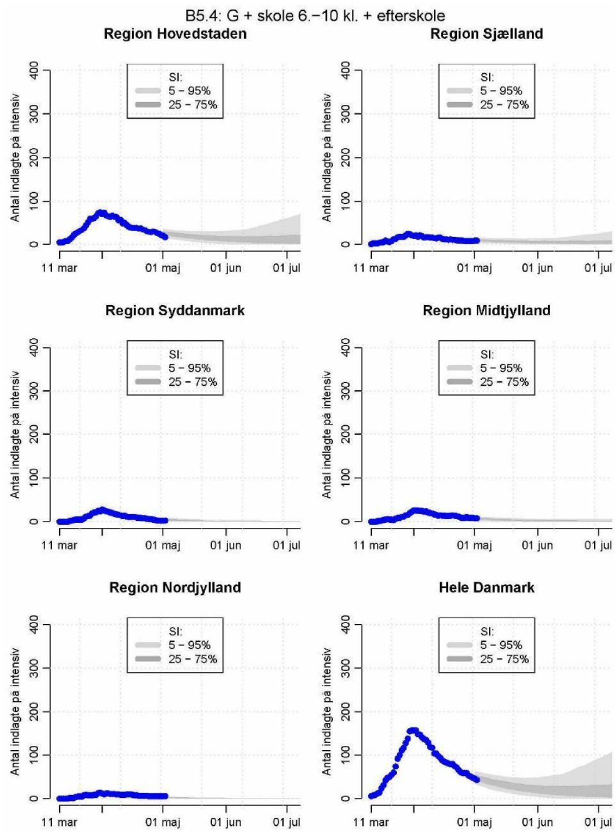
B5.2: G + skole 6.−10 kl.
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på intensiv
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803



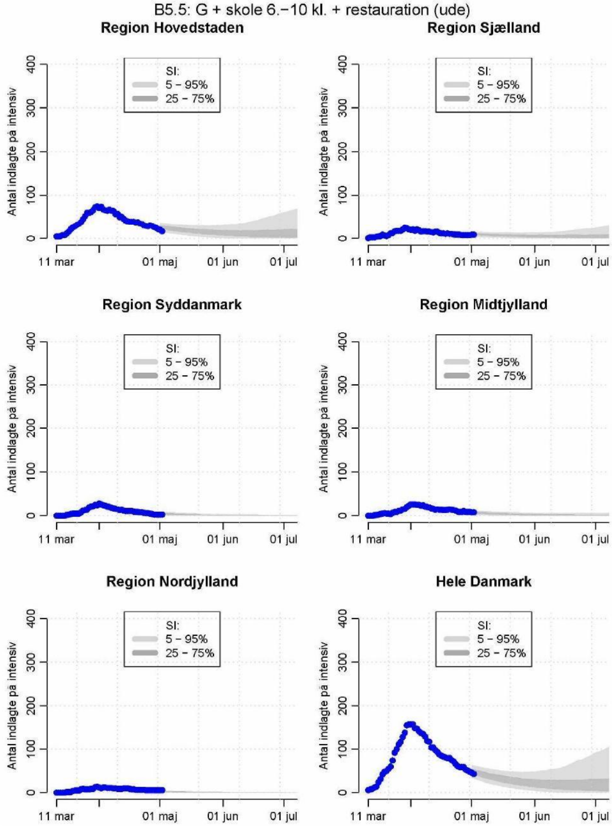
B5.3: G + skole 9.−10 kl.
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på intensiv
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803



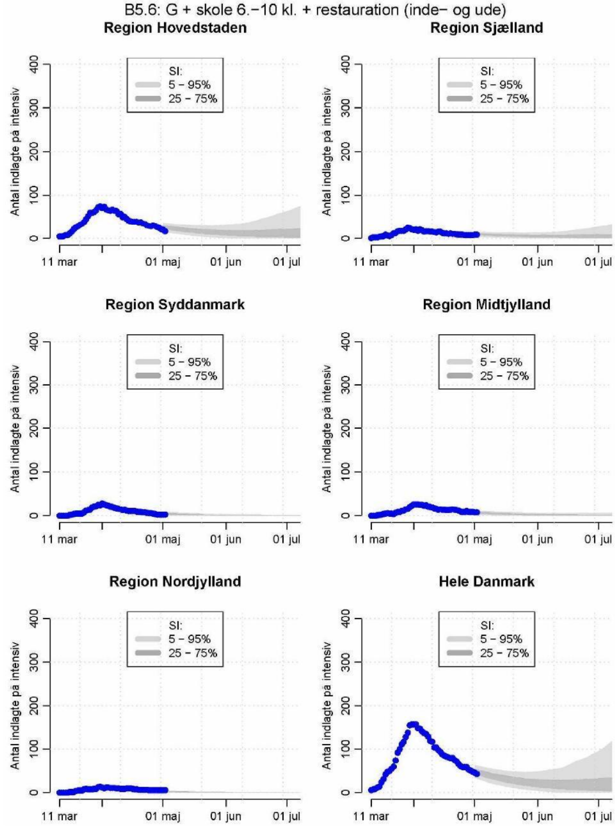
B5.4: G + skole 6.−10 kl. + efterskole
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
Antal indlagte på intensiv
SI:
5 - 95%
25 - 75%
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

B5.5: G + skole 6.−10 kl. + restauration (ude)

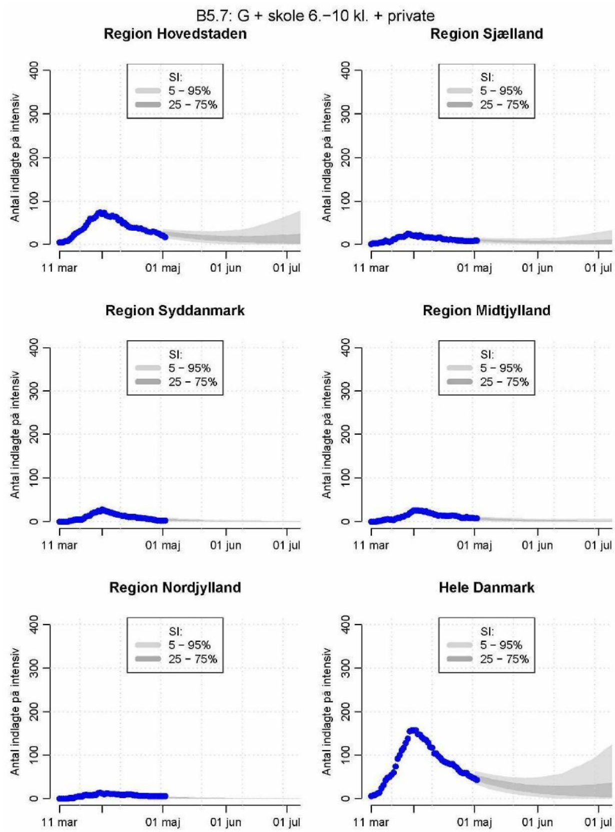


287803

B5.6: G + skole 6.−10 kl. + restauration (inde− og ude)

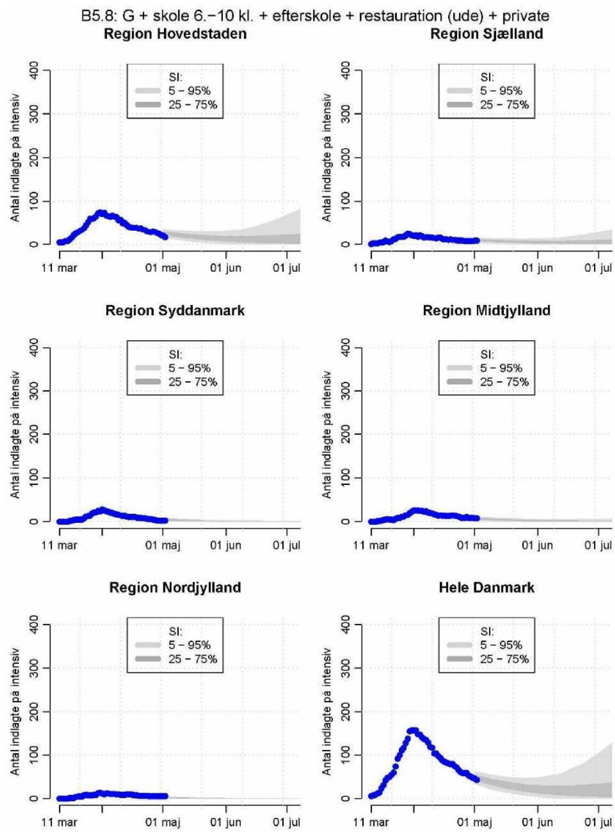


287803



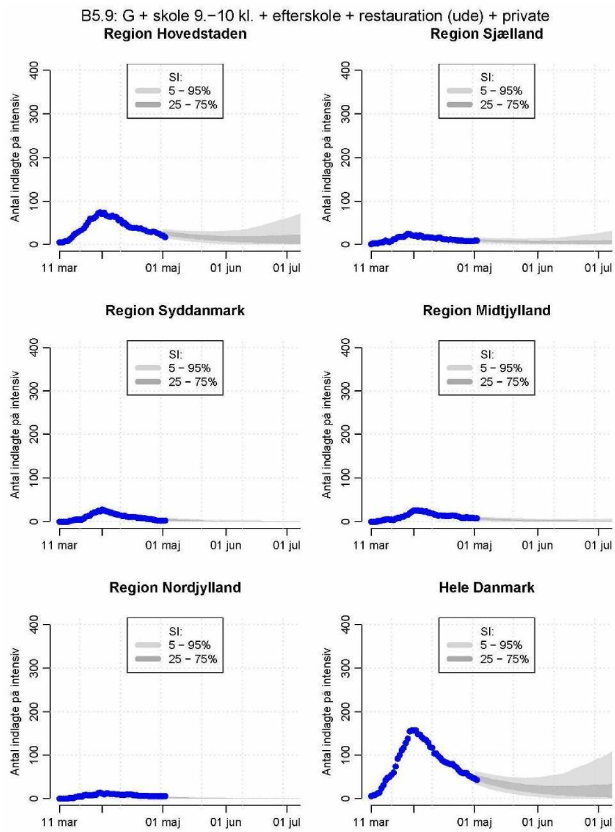
B5.7: G + skole 6.−10 kl. + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på intensiv
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803



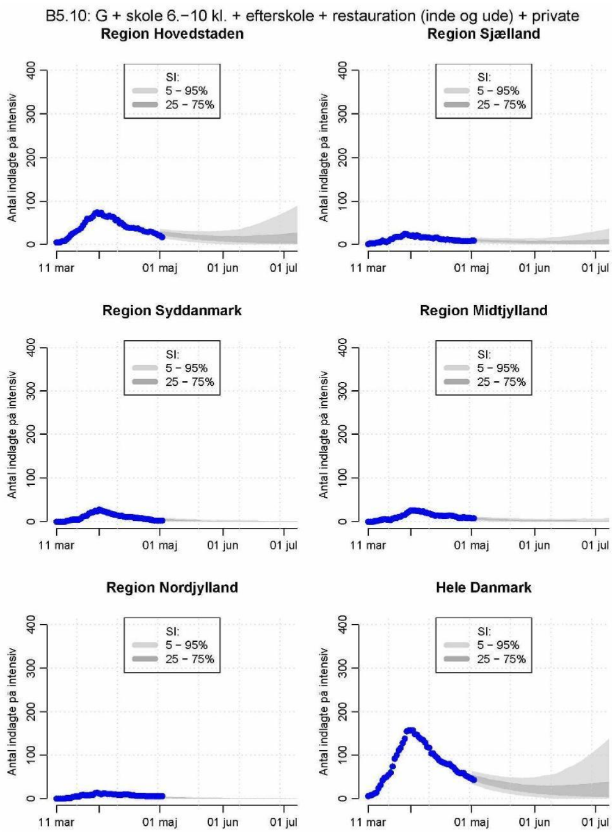
B5.8: G + skole 6.−10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
Antal indlagte på intensiv
SI:
5 − 95%
25 − 75%
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803

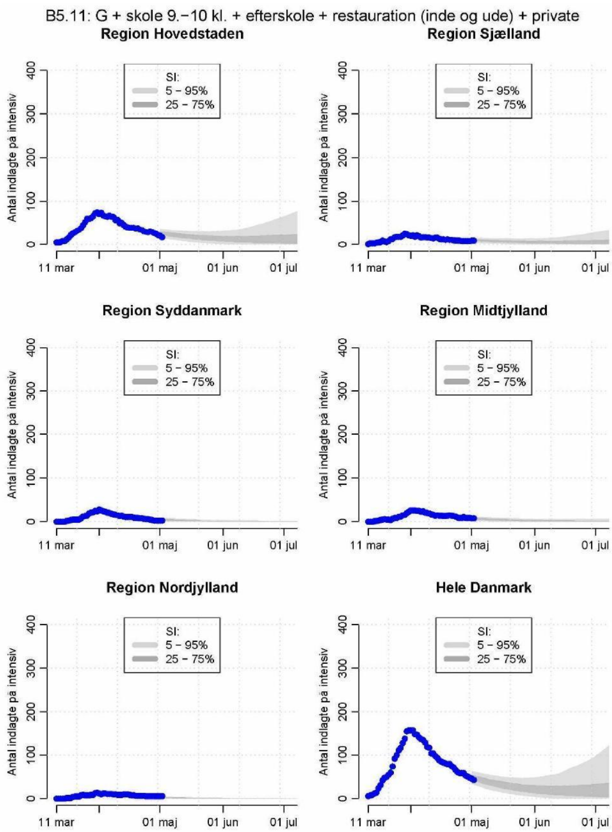


B5.9: G + skole 9.−10 kl. + efterskole + restauration (ude) + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
Antal indlagte på intensiv
SI:
5 − 95%
25 − 75%
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

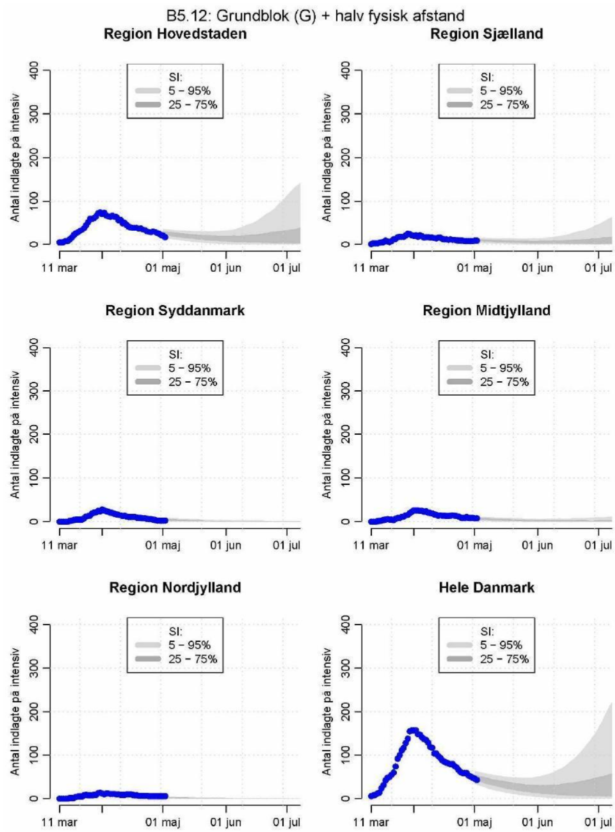
287803


B5.10: G + skole 6.−10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på intensiv
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803


B5.11: G + skole 9.−10 kl. + efterskole + restauration (inde og ude) + private
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på intensiv
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

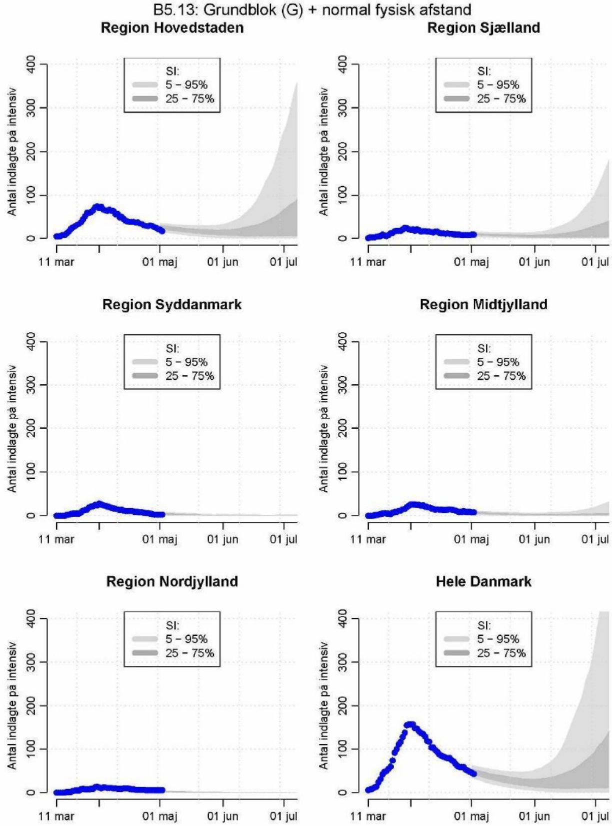
287803

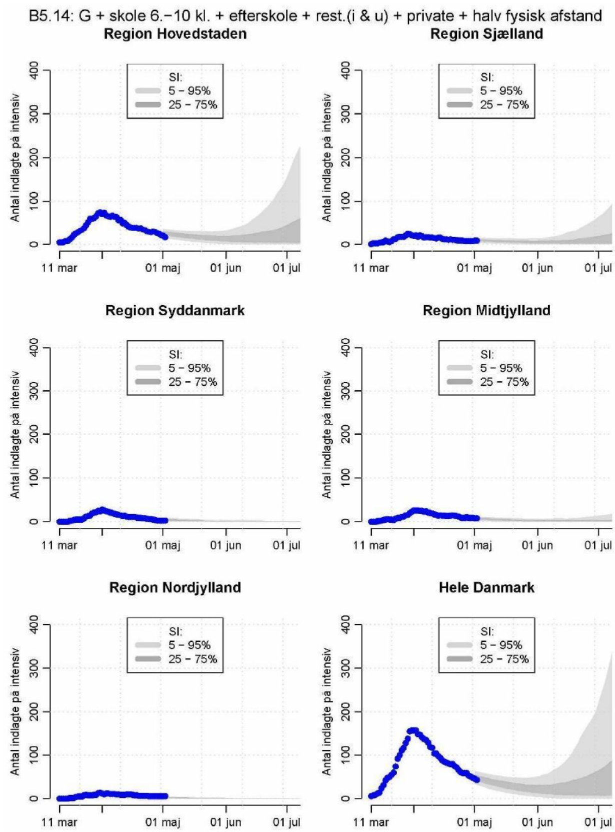


B5.12: Grundblok (G) + halv fysisk afstand
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 - 95%
25 - 75%
Antal indlagte på intensiv
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803

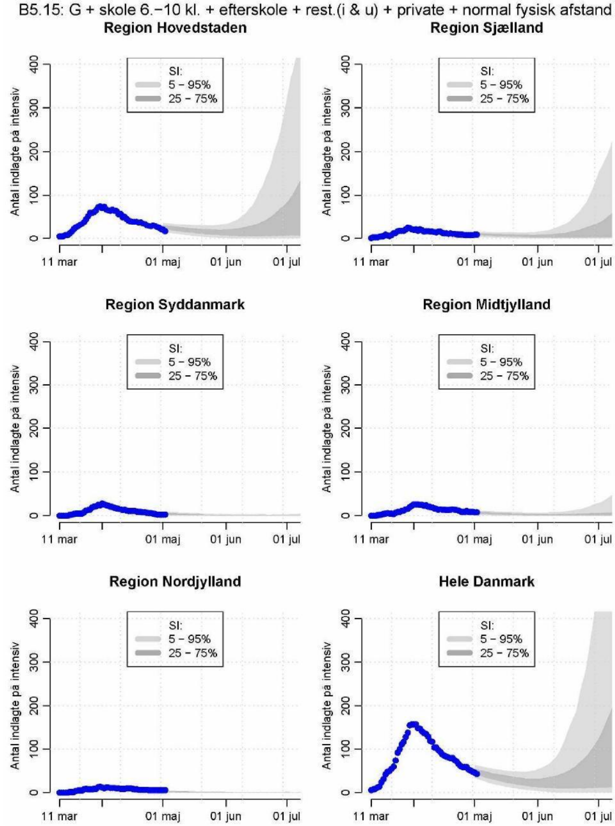
B5.13: Grundblok (G) + normal fysisk afstand



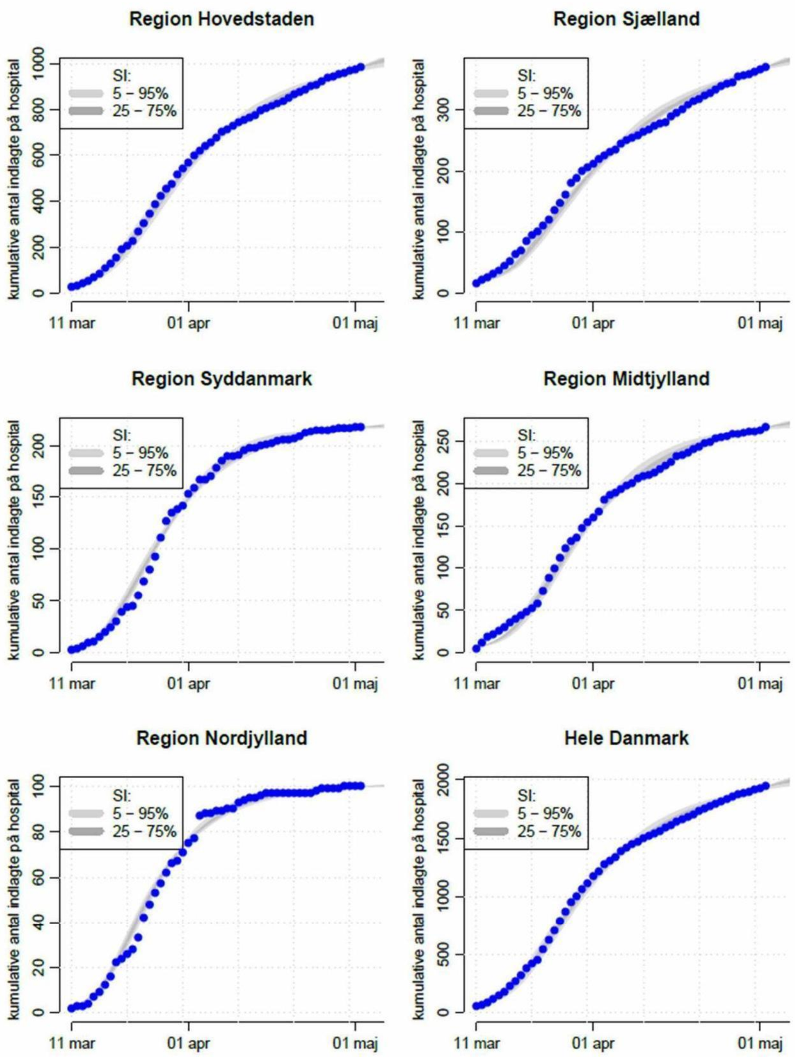

B5.14: G + skole 6.−10 kl. + efterskole + rest.(i & u) + private + halv fysisk afstand
Region Hovedstaden
Region Sjælland
Region Syddanmark
Region Midtjylland
Region Nordjylland
Hele Danmark
SI:
5 − 95%
25 − 75%
Antal indlagte på intensiv
0
100
200
300
400
11 mar
01 maj
01 jun
01 jul

287803

B5.15: G + skole 6.−10 kl. + efterskole + rest.(i & u) + private + normal fysisk afstand



Bilag 6: Modelberegninger for kumulative antal indlagte på sygehuse



Update m.b.t. verstrekking Wantai ELISA uit nationale voorraad en laatste uitvraag aan alle COVID-19 laboratoria die interesse hebben om serologie ten behoeve van patiëntenzorg aan te bieden:

Meldplicht op basis van serologie: op dit moment wordt de meldplicht op basis van serologie voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten verder uitgewerkt. Meer informatie volgt. Vooralsnog wordt niet voorzien dat er bijgehouden gaat worden hoeveel bepalingen er uitgevoerd zijn en hoeveel daarvan positief zijn (zie punt 6 van de gestelde voorwaarden).

Kosten: Inmiddels is duidelijk geworden dat er vanuit VWS kosten berekend zullen worden voor betrekken Wantai kits uit de nationale voorraad voor de patiëntendiagnostiek, en wel tegen een prijs van €327 per kit. De reden hiervoor is dat de kosten voor het testen op aanwezigheid van antistoffen tegen SARS-CoV-2 net als voor reguliere serologische bepalingen via de normale route (verzekerde zorg) in rekening gebracht kunnen worden.

Uitlevering: Voor de laboratoria die reeds aangegeven hebben belangstelling te hebben voor de testen uit de Nationale voorraad: de opgegeven contactpersoon wordt a.s. maandag door RIVM gebeld met de vraag hoeveel kits tegen bovengenoemde kostprijs bij de eerste uitlevering uitgeleverd te willen krijgen. Als u er alsnog van afziet (nu de kosten bekend zijn geworden) dan kan dat ook aangegeven worden.

Alsnog aanmelden: voor de laboratoria die zich alsnog willen aanmelden voor afname van de kits, geldt onderstaande informatie met instructie tot aanmelding.

In een visiedocument van de Tasforce Serologie is vastgelegd dat serologie een toegevoegde waarde kan hebben in de patiëntenzorg en ter ondersteuning van beleid gerelateerd aan de bestrijding van de SARS-CoV-2 pandemie. Ook uit diverse studies is inmiddels gebleken dat serologische testen van toegevoegde waarde kunnen zijn voor de diagnostiek van SARS-CoV-2. Uit diezelfde studies en uit een gezamenlijke validatie onder Nederlandse laboratoria is gebleken dat ELISA van de firma Wantai op dit moment een goede performance geeft voor zowel acute als doorgemaakte infectie (rapportage volgt binnen enkele dagen, zie bijlage voor de instructies van de fabrikant).

Distributie Wantai total Ab
Vooruitlopend op mogelijke leveringsproblemen heeft de Nederlandse overheid eind maart 12.000 kits Wantai total Ab besteld. Daarnaast worden door de LCT andere opties voor serologische diagnostiek bekeken. Deze Wantai kits zijn primair bedoeld voor de medisch microbiologische labs (MML's). De distributie wordt verzorgd door de LCT. Op basis van het verwachte gebruik zal een verdeelsleutel worden toegepast voor de uitrol van de kits *ten behoeve van de patiëntendiagnostiek.* In ieder geval zal ieder MML voorzien worden van een basisvoorraad die aangevuld kan worden vanuit de nationale voorraad. Daarnaast zal nog bekeken worden hoe de uitrol dient te zijn *ten behoeve van studies/inzet ter informatie en ondersteuning van beleid.*

De verwachting is dat de kits zeer binnenkort beschikbaar komen. Om in aanmerking te komen voor distributie zijn door het RIVM en NVMM criteria vastgesteld.
De MML's voldoen aan de volgende criteria voor het ontvangen van Wantai total Ab:

1. ISO15189-gecertificeerd, inclusief MML scopes immunoassays voor detectie virussen. Zie ook bronscope https://www.rva.nl/document/download/F004-3
2. Een BIG geregistreerde arts-microbioloog is (medisch) eindverantwoordelijke voor de diagnostiek, verantwoordelijk voor de interpretatie van de resultaten, verantwoordelijk voor de communicatie van uitslagen met de zorgverleners en beschikbaar om tekst en uitleg te geven indien een zorgverlener hierom vraagt.

3. De serologie kan dagelijks worden verzorgd.
4. Voor implementatie is een verificatiepanel verstrekt door de Taskforce serologie met goed gevolg doorlopen. (Meer informatie hierover volgt z.s.m.).
5. MML conformeert zich aan de indicatiestelling van SARS-CoV-2 serologie die vooraf zijn opgesteld en vastgesteld in het landelijk OMT en bekrachtigd door BAO
6. MML verklaart zich bereid om data aangaande SARS-CoV-2 serologie te delen met de taskforce en RIVM. Taskforce zal zicht houden op het gebruik, de indicaties (zullen per lab verschillen) en kwaliteit. Op basis hiervan kan herdistributie overwogen worden. RIVM zal waarschijnlijk de aantallen uitgevoerde serologische testen in virologische weekstaten of een daaraan vergelijkbaar systeem monitoren en hieruit rapporteren.

Graag horen we per omgaande of jullie aan die voorwaarden kunnen en willen voldoen om daarmee aanspraak te maken op serologietesten uit de nationale voorraad.

Tevens ontvangt de task force de volgende gegevens hiertoe terug op mail adres (10)(2e) @rivm.nl:

1	Naam MML en fysiek adres	
2	Kopie van ISO certificaat	
3	Contactpersonen incl tel nr.	
4	Adherentie van MML	
5	Aantal instellingen[x]	
6	ELISA platform	

[x] Aantal ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingstehuizen waar MML aan verbonden is/de microbiologische diagnostiek voor verricht

Tegelijkertijd met de uitlevering van de testen zal een klein evaluatiepanel verstrekt worden waarvan de resultaten teruggekoppeld dienen te worden naar (10)(2e) @rivm.nl

Met vriendelijke groet, mede namens Taskforce Serologie, stuurgroep LCT en LCDK,

(10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Inschatting van de mate van immuniteit na een doorgemaakte COVID19 met volledige g
Situatie bij nieuwe blootstelling aan SARS-CoV-2 na 0,5-2 jaar

PCR / klninsch beeld	Antistofvorming	Herinfectie met identiek virus mogelijk, kan even ziek/zieker worden vergeleken met 1e keer	Herinfectie met identiek virus mogelijk, wordt wrsch milder ziek/niet ziek vergeleken met 1e keer
Zwak positieve PCR in de keel zonder ontwikkeling van antistoffen	nee	X	
asymptomatische SARS-CoV-2 infectie	nee	X	
asymptomatische SARS-CoV-2 infectie	Neutraliserende antistoffen **niet** aantoonbaar na 4 wk		X
Milde symptomatische SARS-CoV-2	nee	X	
Milde symptomatische SARS-CoV-2	Neutraliserende antistoffen **niet** aantoonbaar na 4 wk		X
Ernstige symptomatische SARS-CoV-2	Neutraliserende antistoffen **niet** aantoonbaar na 4 wk		X
Ernstige symptomatische SARS-CoV-2	Neutraliserende antistoffen **aantoonbaar** na 4 wk		X

enezing

Herinfectie met identiek virus niet mogelijk	Herinfectie met identiek virus mogelijk, kan even besmettelijk/besmettelijker zijn vergeleken met 1e keer	Herinfectie met identiek virus mogelijk, is wrsch minder besmettelijk vergeleken met 1e keer
	X	
	X	
		X
	X	
		X
		X
		X

287819

Report 16: Role of testing in COIVD-19 control

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Modelling
MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis
Abdul Latif Jameel Institute for Disease and Emergency Analytics (J-IDEA)
Imperial College London
Vaccine Centre, London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK

Correspondence: (10)(2e)@imperial.ac.uk

Summary

The World Health Organization has called for increased molecular testing in response to the COVID-19 pandemic, but different countries have taken very different approaches. We used a simple mathematical model to investigate the potential effectiveness of alternative testing strategies for COVID-19 control. Weekly screening of healthcare workers (HCWs) and other at-risk groups using PCR or point-of-care tests for infection irrespective of symptoms is estimated to reduce their contribution to transmission by 25-33%, on top of reductions achieved by self-isolation following symptoms. Widespread PCR testing in the general population is unlikely to limit transmission more than contact-tracing and quarantine based on symptoms alone, but could allow earlier release of contacts from quarantine. Immunity passports based on tests for antibody or infection could support return to work but face significant technical, legal and ethical challenges. Testing is essential for pandemic surveillance but its direct contribution to the prevention of transmission is likely to be limited to patients, HCWs and other high-risk groups.

SUGGESTED CITATION
(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) *et al*. Role of testing in COIVD-19 control. Imperial College London (23-04-2020), doi: https://doi.org/10.25561/78439.

287819

1. Background

Different countries have taken very different approaches to molecular testing in response to the COVID-19 pandemic. The observation that countries with high rates of testing for SARS-CoV-2 have more effectively controlled transmission (e.g. South Korea, Germany) has led to calls for increased testing in other countries with lower rates of testing (e.g. UK, USA). However, the contribution of testing to COVID-19 control compared with other interventions such as self-isolation and social distancing is currently unclear. In addition, the optimal allocation of limited testing resources is relatively unexplored. There is a clear priority to test suspected COVID-19 patients in hospital to inform treatment, infection control and to monitor the extent of the epidemic (*1*). As increased testing resources become available it will be important to determine the role of wider testing in different population groups, not only to monitor the epidemic but also to prevent transmission.

Here we estimate the potential impact on SARS-CoV-2 transmission of alternative strategies for deploying tests that identify active infection (including both PCR and molecular point of care (mPOC) assays) and antibody tests that indicate past infection. We consider strategies aimed at healthcare workers (HCWs), other key workers and the general population, including regular testing irrespective of symptoms and the concept of 'immunity passports'. We assume testing is already in place for suspected COVID-19 inpatients. We focus on the UK, but our results are relevant for other countries that are considering their testing strategies. We use a standard mathematical description of infectivity (*2*), which was recently used to explore the role of contact tracing in the control of COVID-19 (*3*).

2. Testing healthcare workers

Healthcare workers (HCWs) have been disproportionately affected and infected by SARS-CoV-2, constituting between 4% and 19% of all reported COVID-19 cases in China and Europe (3.8% in China (*4*), 4.6% in Germany (*5*), 9% in Italy (*6*) and 19% in Spain (*7*)). Furthermore, absence rates among HCWs as a result of their own sickness or household isolation because of sick household members have been high. In a survey of members and fellows of the Royal College of Physicians at the end of March, 11% in England reported being currently off work due to self-isolation as a result of their own COVID-19 symptoms (59%) or those of a household member (41%) (*8*).

This disproportionate representation of HCWs reflects their exposure to infection from patients and fellow staff, resulting in a higher incidence of infection compared with the general population (*9, 10*). Transmission to and potentially among this high-risk group compromises both their own health and may also contribute to nosocomial spread within hospitals.

Testing symptomatic or self-isolating healthcare workers

Current testing strategy for HCWs in the UK focuses on PCR testing for infection among symptomatic individuals (*11*). The effectiveness of self-isolation based on symptoms depends on the amount of pre-symptomatic transmission from infections that become symptomatic, and the proportion of infections that are asymptomatic and their relative infectiousness. Available data suggest that approximately 20-50% of infections are asymptomatic (*12-14*), infectiousness of asymptomatic infection that is either equivalent to or lower than symptomatic infection, depending on interpretation of viral load data (*15, 16*), and that approximately 40% of transmission from symptomatic infections occurs before symptom onset (*3, 17*). Assuming HCWs self-isolate as soon as symptoms appear, we predict this to restrict

DOI: https://doi.org/10.25561/78439

onwards transmission from infected workers to other HCW and patients by between 16% and 57% (Figure 1; Appendix).

Testing for SARS-CoV-2 infection in symptomatic HCWs could be used to implement enhanced testing of other HCWs who have shared their working environment. This is analogous to contact tracing of confirmed or suspected cases in the community but focused on HCWs, where information about contacts in the workplace is likely to be more complete and rapid testing more easily implemented. Indeed, this was an important component of the response to the SARS-CoV outbreak in 2003 in Hong Kong where 20% of those infected were HCWs (*18*).

Testing of symptomatic HCWs or their household members might also allow an earlier return to work if SARS-CoV-2 infection can be excluded, as proposed by NHS England (*19*). Current UK policy (21 April 2020) is self-isolation for 7 days from onset of symptoms among symptomatic individuals and for 14 days among household members to cover the period of risk for secondary infection, extending by 7 days among any household members subsequently developing symptoms. Under this policy, testing symptomatic HCWs may not allow an earlier return to work because of the time taken to obtain test results, continued sickness that may prevent work and because a single test may give a false negative result. For example, for PCR sensitivity and specificity of about 80-90% and 100% respectively (*20, 21*) and assuming 40% of HCWs tested are infected, in line with current results from testing of suspected COVID-19 cases in the UK (*22*), then a single negative test would have only a 88-94% probability of being correct (negative predictive value, NPV). This would therefore result in the return of infectious HCWs to the workplace, unless a second negative test were obtained, by which time the period of self-isolation may already have expired, depending on the testing turnaround time.

The use of testing to enable return to work of HCWs may be more useful when targeted at HCWs self-isolating because of COVID-19 symptoms among their household members (about 40% of all HCWs absent from work due to COVID-19 according to the RCP survey). In this case, testing only the HCW would be of limited value because of the potential for continued exposure within the household. However, a negative test from the symptomatic household member(s), whose probability of SARS-CoV-2 infection is likely lower than HCWs (giving a higher NPV), would support an earlier return to work of the (healthy) HCW. Testing of household members of self-isolating HCWs in the UK has been limited (12.5% of household members tested in the RCP survey at the end of March compared with 31% of HCWs).

Regular PCR testing of all healthcare workers irrespective of symptoms

In addition to self-isolation based on symptoms, regular PCR-based screening of HCWs could further reduce transmission by identifying individuals with asymptomatic and presymptomatic infection who contribute to transmission. The effectiveness of this strategy depends on the sensitivity and specificity of the test, frequency of testing and timeliness of test results. We explored the effect of these variables in a simple mathematical model, which assumes that HCWs who screen positive for SARS-CoV-2 self-isolate and no longer contribute to transmission at the workplace (Appendix). This allows us to estimate the additional reduction in transmission from HCWs for a screening policy conducted with different frequencies and timeliness of results.

This analysis indicates that weekly screening of HCWs by PCR would reduce onwards transmission from HCWs by a further 16-23% on top of self-isolation based on symptoms if results were available

at 24 hours, depending on the infectiousness of asymptomatic infections (Figure 1D). If tests were to be done at the end of a shift and results made available before the next shift, then the time delay between testing and isolation would effectively be zero, increasing effectiveness to 25-33% (and also depending on exposure during time-off). mPOC assays would also provide immediate results and have a similar beneficial impact on the effectiveness of screening, depending on their sensitivity and specificity which is not yet well defined for clinical specimens.

The effectiveness of screening HCWs is sensitive to the time at which virus shedding begins and the duration of shedding. There are few data on shedding in the first few days following exposure to infection, although most data point to a peak in the amount of virus shed around the time of symptom onset and subsequent decline that results in a rapid drop in PCR sensitivity (*23, 24*). We assumed the sensitivity of PCR was 90% from 3 to 21 days after infection. Earlier shedding would allow earlier detection and increased effectiveness of regular screening, whilst lower sensitivity would decrease effectiveness. In a sensitivity analysis, if detection probability is assumed to be proportional to infectiousness (estimated from the serial interval), the effectiveness of weekly testing increases to 27-35%, whilst earlier and sustained detection consistent with virus shedding data increases effectiveness to 33-40% (Supplementary Figure 1).

The impact of regular PCR screening of HCWs on hospital and community SARS-CoV-2 transmission will depend on the extent of transmission among HCWs, from HCWs to the community and from HCWs to patients. The latter is likely to be limited if appropriate personal protective equipment is available and used correctly. However, the extent of transmission between HCWs and from HCWs to the community is unknown and could be substantial given the limited infection control measures in place outside of COVID-19 wards (*25*). Detection of asymptomatic infected HCWs through regular PCR testing will also allow subsequent contact tracing at the workplace and implementation of infection control measures as for symptomatic cases.

The number of tests required for regular screening of HCWs will simply depend on the planned coverage of any such scheme. In the UK at the end of 2019, there were about 35,000 NHS staff working in intensive care, infectious disease or respiratory medicine (*26*). Weekly testing of this group would require about 5,000 tests a day, considerably less than the UK government target of 100,000 tests daily by the end of April 2020. Of course, NHS staff exposed to COVID-19 include many other specialties and roles, and there has been considerable reassignment as a result of the COVID-19 pandemic, making the number at-risk who would benefit from testing difficult to determine but likely to be considerably greater than this figure. Regular screening may also be relevant to other high-risk groups, such as care home staff, which would further increase the number of tests required.

DOI: https://doi.org/10.25561/78439

3. Immunity passports

Confirmation of SARS-CoV-2 infection through PCR testing of HCWs could be used to confer an 'immunity passport' based on the evidence of infection following self-isolation. Among those not tested by PCR, antibody testing at least 3-4 weeks after symptom onset could be used instead to determine immune status to SARS-CoV-2. Those with acquired immunity could potentially be deployed in roles where exposure to infection is likely to be greatest. They would also be exempt from the need to self-isolate if a household member develops COVID-19 symptoms. The concept of using antibody tests to confer an immunity passport has also been discussed in the context of key workers and the general population, where evidence of acquired immunity after self-isolation could be used to support a return to work.

There are significant technical and ethical challenges to the use of immunity passports. The first relates to the specificity of antibody testing, which is only about 90% or lower for rapid diagnostic tests but likely higher (e.g. 95-98%) for ELISA done in the laboratory depending on the choice of antigen (whole virus, nucleocapsid, or full or partial spike protein) (*27, 28*) (Figure 2). Poor specificity will result in non-immune individuals receiving an immunity passport and potentially put at risk. Conversely, poor sensitivity compromises the effectiveness of such a scheme and would result in individuals with acquired immunity ineligible for an immunity passport and uncertain of their infection risk. Sensitivity depends not only on the quality of the test, but also on antibody titre, which is lower following mild illness and in children and young adults compared with older individuals (*29*).

A second challenge is whether detectable antibody or PCR evidence of infection means protection against COVID-19 and if so, for how long. The initial rise in antibody titre 1-2 weeks after onset of symptoms is associated with clearance of SARS-CoV-2 infection, and passive transfer of antibodies from convalescent sera has been reported to improve outcomes in non-randomised trials (*30, 31*). However, the effectiveness and duration of protection against subsequent exposure is unknown, particularly against heterologous strains where weak cross-neutralising antibodies could result in enhanced pathology (*32*).

Finally, there are concerns that the economic and personal benefits of an immunity passport to the general population would lead to fraud, and implementation of such a scheme is likely to face serious legal and ethical challenges related to discrimination based on immune status.

4. Role of testing in the community and during contact tracing

Widespread testing of symptomatic suspected COVID-19 cases in the community would support monitoring of the epidemic, but is unlikely to help reduce transmission since individuals with suspected COVID-19 are already advised to self-isolate. The role of contact tracing in the control of COVID-19 has been thoroughly explored in models, which suggest immediate app-based notification of contacts on symptom onset in the index case would be required to allow effective control of SARS-CoV-2 transmission because of substantial asymptomatic and presymptomatic transmission from the contacts (*3, 33, 34*). Although testing is frequently mentioned in the context of contact tracing ('test, trace, isolate'), it is not required for contact-tracing and isolation based on symptoms alone – indeed, testing may in fact slow down and limit effectiveness if testing results take time and contacts are not traced until results are available. In Wuhan, China, sustained reductions in the reproduction number

were achieved through quarantine of suspected COVID-19 cases based on symptoms and universal, door-to-door symptom surveys (*9*).

Testing of suspected cases to exclude COVID-19 infection will become increasingly relevant as the incidence of COVID-19 declines below that of other causes of influenza-like illness (ILI). However, at current high COVID-19 incidence rates, testing is likely to be most useful to inform self-isolation among contacts of suspected cases by *excluding* infection and allowing earlier exit from isolation/quarantine (as for HCWs self-isolating because of a symptomatic household member). One advantage of this it that it might allow recursive contract tracing (i.e. tracing contacts of contacts), which – without testing to confirm infection or release contacts from quarantine – would result in a very high number of people in isolation or quarantine (an 'epidemic of isolation').

Even without recursive tracing, testing of contacts would require substantial test numbers and significant investment of laboratory and staff resources. For example, in England between 18 March and 16 April 2020 on average 15,000 calls to the NHS 111 helpline were triaged as potential COVID-19 cases each day (*35*). Although lockdown was ordered on the 23 March, reducing reported daily contacts from about 11 to just 3 on average (*36*), this would still imply a need for about 15,000 x 4 = 60,000 tests per day to support testing of suspected cases and their contacts. Moreover, testing of contacts would not reduce their contribution to transmission unless it promoted individual adherence to self-isolation and infection control (i.e. a behavioural effect).

In the longer term, when the incidence of COVID-19 is much lower and lockdown lifted, testing could target suspected cases only, with a focus on timely results. Substantial testing would still be required, however, because of the continued incidence of ILI and the return to higher numbers of daily contacts. For example, during a typical influenza season, daily ILI rates in England are about 2,400 (4 per 100,000) based on GP consultations and substantially higher based on self-reported symptoms (*37*), therefore requiring >29,000 tests daily to exclude SARS-CoV-2 infection.

5. Conclusions

PCR and antibody testing are required for surveillance of the COVID-19 pandemic and will play a critical role in informing the risk of lifting various components of social distancing interventions ('lockdown') currently in place by allowing accurate estimates of the reproduction number and identifying the extent of transmission. However, their direct contribution to the prevention of transmission may be limited to populations at high risk of acquiring infection and transmitting it to vulnerable people, such as HCWs and other key workers (e.g. in care homes for the elderly). In these populations, regular screening irrespective of symptoms could prevent about one third of transmission, depending on test sensitivity and the timeliness of results. Regular screening is now being piloted in some UK hospitals and will provide immediate data on the effectiveness of this strategy.

287819

6. References

1. Korea Centers for Disease Control and Prevention, Coronavirus disease-19: Summary of 2,370 contact investigations of the first 30 cases in the Republic of Korea. *Osong Public Health Res Perspect* **11**, 81-84 (2020).
2. N. C. Grassly, C. Fraser, Mathematical models of infectious disease transmission. *Nat Rev Microbiol.* **6**, 477-487 (2008).
3. L. Ferretti *et al.*, Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. *Science*, eabb6936 (2020).
4. Z. Wu, J. M. McGoogan, Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72, 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* **323**, 1239-1242 (2020).
5. Robert Koch Institute, "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Daily Situation Report of the Robert Koch Institute. 13 April 2020. Available at *www.rki.de*. Accessed 15 April 2020.," (2020).
6. International Council of Nurses, "High proportion of healthcare workers with COVID-19 in Italy is a stark warning to the world: protecting nurses and their colleagues must be the number one priority. 19 March. Available at *https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_09_COVID-19%20-%20Italy.pdf*. Accessed 15 April 2020.," (2020).
7. Ministerio de Sanidad Espana, "Informe sobre la situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19 no 22. 13 de abril 2020. Available at *https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20nº%2022.%20Situación%20de%20COVID-*19%20en%20España%20a%2013%20de%20abril%20de%202020.pdf Accessed 15 April 2020.," (2020).
8. Royal College of Physicians, "COVID-19 and its impact on NHS workforce. Available at *https://www.rcplondon.ac.uk/news/covid-19-and-its-impact-nhs-workforce*. Accessed 15 April 2020.," (2020).
9. A. Pan *et al.*, Association of public health interventions with the epidemiology of the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *JAMA*, (2020).
10. M. Kluytmans *et al.*, SARS-CoV-2 infection in 86 healthcare workers in two Dutch hospitals in March 2020. *medRxiv*, 2020.2003.2023.20041913 (2020).
11. Department of Health and Social Care, "Coronavirus (COVID-19): Scaling up our testing programmes. 4 April 2020. Available at *https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-scaling-up-testing-programmes/coronavirus-covid-19-scaling-up-our-testing-programmes* Accessed 15 April 2020.," (2020).
12. Q. Bi *et al.*, Epidemiology and transmission of COVID-19 in Shenzhen China: analysis of 391 cases and 1,286 of their close contacts. *medRxiv*, 2020.2003.2003.20028423 (2020).

13. K. Mizumoto, K. Kagaya, A. Zarebski, G. Chowell, Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Eurosurveillance* **25**, 2000180 (2020).
14. R. Verity *et al.*, Estimates of the severity of COVID-19 disease. *Lancet Infect Dis*, *https://doi.org/10.1016/S1473-3099(1020)30243-30247* (2020).
15. Y. Liu *et al.*, Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis*, 10.1016/S1473-3099(1020)30232-30232 (2020).
16. D. Cereda *et al.*, The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. *arXiv*, 2003.09320 (2020).
17. X. He *et al.*, Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *medRxiv*, 2020.2003.2015.20036707 (2020).
18. A. Cori, P. Y. Boelle, G. Thomas, G. M. Leung, A. J. Valleron, Temporal variability and social heterogeneity in disease transmission: the case of SARS in Hong Kong. *PLoS Comput Biol* **5**, e1000471 (2009).
19. A. Pritchard, S. Powis, S.-J. Marsh, "COVID-19 testing to support retention of NHS staff. 29 March 2020. Available at *https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/letter-covid-19-testing-to-support-retention-of-nhs-staff/* Accessed 15 April 2020.," (2020).
20. T. Ai *et al.*, Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology*, 200642 (2020).
21. C. Long *et al.*, Diagnosis of the Coronavirus disease (COVID-19): rRT-PCR or CT? *Eur J Radiol* **126**, 108961 (2020).
22. Department of Health and Social Care, Public Health England, "Number of coronavirus (COVID-19) cases and risk in the UK. 15 April update. Available at *https://www.gov.uk/guidance/coronavirus-covid-19-information-for-the-public*. Accessed 15 April 2020.," (2020).
23. P. Wikramaratna, R. S. Paton, M. Ghafari, J. Lourenco, Estimating false-negative detection rate of SARS-CoV-2 by RT-PCR. *medRxiv*, 2020.2004.2005.20053355 (2020).
24. R. Wölfel *et al.*, Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature*, (2020).
25. M. Klompas, C. A. Morris, J. Sinclair, M. Pearson, E. S. Shenoy, Universal masking in hospitals in the COVID-19 era. *N Engl J Med*, (2020).
26. NHS Digital, "NHS workforce statistics - December 2019. Available at *https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-workforce-statistics/december-2019* Accessed 15 April 2020.," (2020).
27. R. Lassaunière *et al.*, Evaluation of nine commercial SARS-CoV-2 immunoassays. *medRxiv*, 2020.2004.2009.20056325 (2020).
28. B. Meyer, C. Drosten, M. A. Müller, Serological assays for emerging coronaviruses: Challenges and pitfalls. *Virus Res* **194**, 175-183 (2014).
29. F. Wu *et al.*, Neutralizing antibody responses to SARS-CoV-2 in a COVID-19 recovered patient cohort and their implications. *medRxiv*, 2020.2003.2030.20047365 (2020).

DOI: https://doi.org/10.25561/78439

30. K. Duan *et al.*, Effectiveness of convalescent plasma therapy in severe COVID-19 patients. *Proc Natl Acad Sci*, 202004168 (2020).
31. B. Lou *et al.*, Serology characteristics of SARS-CoV-2 infection since the exposure and post symptoms onset. *medRxiv*, 2020.2003.2023.20041707 (2020).
32. R. L. Graham, E. F. Donaldson, R. S. Baric, A decade after SARS: strategies for controlling emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol* **11**, 836-848 (2013).
33. J. Hellewell *et al.*, Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health* **8**, e488-e496 (2020).
34. M. J. Keeling, T. D. Hollingsworth, J. M. Read, The Efficacy of Contact Tracing for the Containment of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19). *medRxiv*, 2020.2002.2014.20023036 (2020).
35. NHS Digital, "Potential Coronavirus (COVID-19) symptoms reported through NHS Pathways and 111 online. Available at *https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mi-potential-covid-19-symptoms-reported-through-nhs-pathways-and-111-online/latest* Accessed 16 April 2020.," (2020).
36. C. I. Jarvis *et al.*, Quantifying the impact of physical distance measures on the transmission of COVID-19 in the UK. *medRxiv*, 2020.2003.2031.20049023 (2020).
37. A. J. Adler, K. T. D. Eames, S. Funk, W. J. Edmunds, Incidence and risk factors for influenza-like-illness in the UK: online surveillance using Flusurvey. *BMC Infect. Dis.* **14**, 8 (2014).
38. S. A. Lauer *et al.*, The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Annals Internal Med*, (2020).
39. Z. Du *et al.*, The serial interval of COVID-19 from publicly reported confirmed cases. *medRxiv*, 2020.2002.2019.20025452 (2020).
40. W. Xia *et al.*, Transmission of coronavirus disease 2019 during the incubation period may lead to a quarantine loophole. *medRxiv*, 2020.2003.2006.20031955 (2020).

7. Figure legends

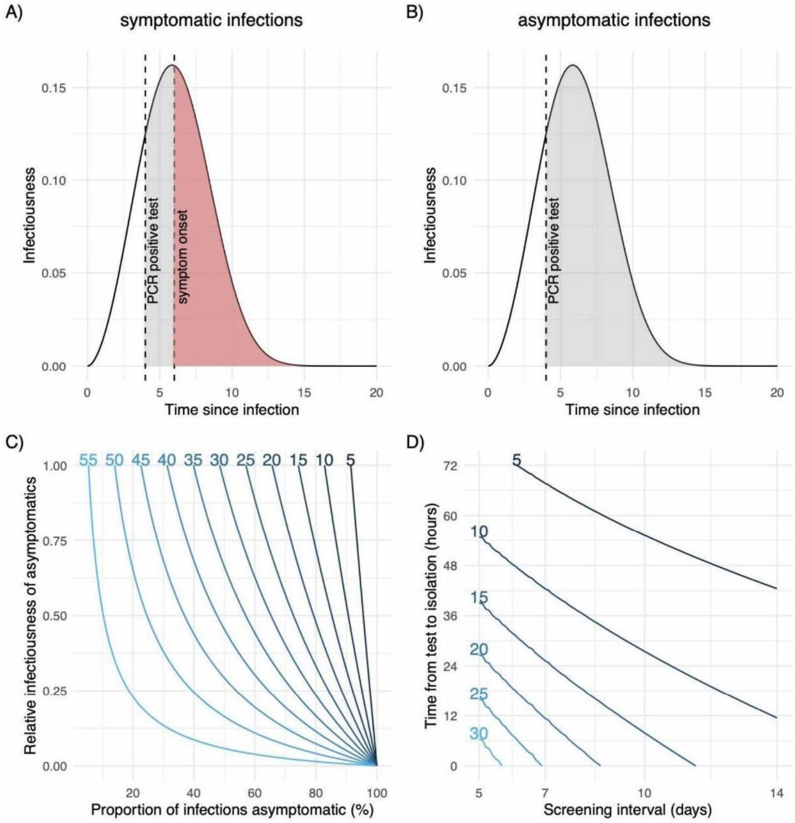


Figure 1 Infectiousness of SARS-CoV-2 over time since infection estimated from the serial interval of linked cases and the reduction of transmission as a result of self-isolation after symptoms or a PCR positive test result. Self-isolation or quarantine after a positive PCR test reduces subsequent transmission by detecting A) presymptomatic and B) asymptomatic infections. The shaded areas in these plots illustrates infectiousness that would be limited by PCR testing (grey) or self-isolation following symptom onset (red) at 4 and 6 days respectively after infection. The area under the curves is equal to the reproduction number. C) Percentage reduction in the reproduction number by self-isolation following symptoms as a function of the proportion of infections that are asymptomatic and their relative infectiousness compared with symptomatic infections. D) Additional percentage reduction in the reproduction number by a policy of repeated PCR testing at regular intervals with different timeliness from sample collection to isolation, assuming one third of infections are asymptomatic and that they are 10% as infectious as symptomatic infections. These plots assume PCR test sensitivity is 90% during days 3-21 of infection (see Appendix for details of the mathematical model and sensitivity analysis).

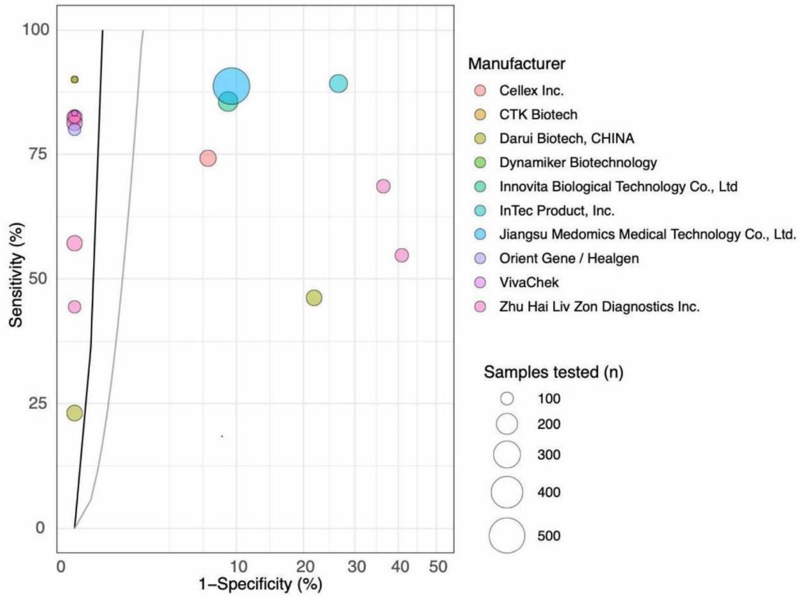


Figure 2 Sensitivity and specificity of currently available tests reported by FIND (*www.finddx.org*) (circles) and the thresholds (lines) for test performance required to provide a 95% probability of correctly predicting immunity (positive predictive value) for a prevalence of 5% (black) or 25% (grey) among those tested. Tests to the left of these lines meet this performance standard, although further clinical sample testing is required to confirm their specificity. Circles are drawn proportional to the total number of positive and negative control samples tested. The x-axis shows 1-specificity plotted with a square root transform to better show the high specificity threshold required.

8. Appendix

Details of mathematical model

We assume infectiousness over time since infection follows a Weibull distribution, with a mean of 6 days consistent with published estimates of the serial interval for COVID-19 (*3*). This differs from SARS-CoV-2 shedding, which can be detected from about 3 days after infection (i.e. about 2 days before the onset of symptoms) and persists for up to 2-3 weeks at declining levels (*17, 24*). We denote infectiousness over time since infection τ by $\beta(\tau)$. If infected individuals self-isolate following the onset of symptoms, then infectiousness becomes

$$\beta_s(\tau) = (1 - \sigma\,\Theta(\tau))\,\beta(\tau)$$

where $\Theta(\tau)$ is the proportion of infected individuals who have developed symptoms and self-isolate by time τ and σ is the proportion of transmission that is from symptomatic individuals. If we assume that individuals self-isolate immediately at onset of symptoms, then $\Theta(\tau)$ is the incubation period distribution, for which we use a gamma distribution with mean 5.5 days and variance 5.2 days as reported in Lauer et al. 2020 (*38*). The proportion of transmission that is from symptomatic individuals depends on the proportion of infections that are symptomatic s, and the relative infectiousness of asymptomatic compared with symptomatic individuals r, such that $\sigma = s/(s + (1 - s)r)$. Note that this formulation means the effectiveness of self-isolation scales linearly with the proportion of transmission that is presymptomatic in the absence of self-isolation, which we assume to be 40% based on available data (*3, 17, 39, 40*). If different estimates of this proportion become available, the effectiveness of self-isolation can therefore simply be scaled accordingly.

If PCR screening identifies SARS-CoV-2 at time τ after infection, assuming this individual immediately self-isolates, then this would prevent a proportion of their transmission

$$p(\tau) = \int_{t=\tau}^{\infty} \frac{\beta(t)}{R}\,dt$$

where R is the reproduction number, given by the integral of infectiousness over time. In reality, self-isolation will not immediately follow sample collection. If we assume this takes x days, then the impact of screening at time τ after infection is reduced from $p(\tau)$ to $p(\tau + x)$.

We assume a constant hazard of infection among HCWs during each testing interval, such that if we test them every T days the probability that they were infected at time t for $0 < t < T$ is simply $1/T$. If we had a test that was 100% sensitive for infection from day zero after infection and could isolate HCWs immediately, then the proportion of infections prevented by a strategy of screening every T days would be

$$\pi(T) = \int_{\tau=0}^{T} \frac{p(\tau)}{T}\,d\tau$$

For a test that has <100% sensitivity and where shedding is delayed following infection, we might miss infection the first time we screen. In this case

$$\pi(T) = \int_{\tau=0}^{T} \frac{S(\tau)\,p(\tau)}{T}\,d\tau$$

where $S(\tau)$ is the probability of detecting shedding of SARS-CoV-2 at time τ after infection. After multiple tests

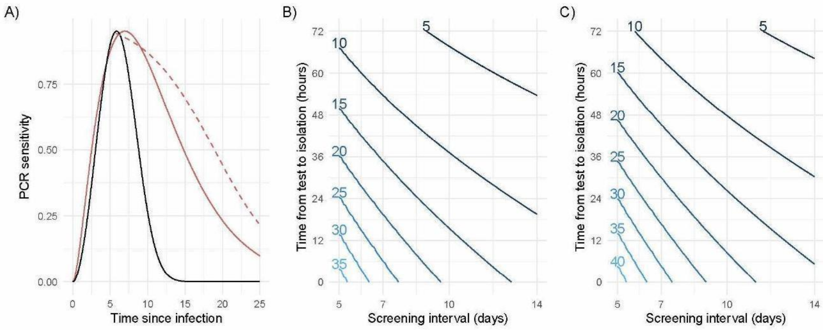
$$\pi(T) = \int_{\tau=0}^{T} \frac{S(\tau)\,p(\tau)}{T}\,d\tau + \int_{\tau=0}^{T} \frac{\big(1 - S(\tau)\big)S(T+\tau)\,p(T+\tau)}{T}\,d\tau + \cdots$$

$$\int_{\tau=0}^{T} \prod_{n=1}^{N-1}\big(1 - S((n-1)T+\tau)\big)\,\frac{S(NT+\tau)\,p(NT+\tau)}{T}\,d\tau$$

where N is the maximum number of tests that would occur during a typical infectious period (and therefore depends on the interval T).

We explored a range of assumptions for $S(\tau)$ including a constant probability of detection of 90% from 3 to 21 days after infection and a probability of detection that depends on infectiousness or viral shedding.

Supplementary Figure



Supplementary Figure 1 Effectiveness of regular screening of HCWs under different assumptions about the sensitivity of PCR to detect SARS-CoV-2 after infection. In A) sensitivity is shown proportional to estimated infectiousness (black) or to persist for longer (red), with a published estimate of sensitivity inferred from different data sources shown by the dashed line (*23*). Effectiveness of regular screening is shown in panels B) and C) for these two assumptions respectively, with the remaining parameters as for Figure 1.

Kurzfragebogen bzw. Tagebuch für Personen mit Kontakt zu COVID-19-Fällen

„Kontakt" ist hier definiert, wenn eines der folgenden erfüllt ist:
- mindestens 15-minütiger Sprechkontakt oder vergleichbare Handlung
- pflegerische Handlung am Patienten, unabhängig von der Art der Schutzausrüstung
- ärztliche Handlung am Patienten, unabhängig von der Art der Schutzausrüstung
- direkter Kontakt zu Sekreten oder Körperausscheidungen bzw. -flüssigkeiten, z.B. Speichel oder Stuhl, des Patienten (möglicherweise infektiöses Material).
- Flugpassagiere: (i) Passagiere, die in derselben Reihe wie der bestätigte COVID-19-Fall oder in den zwei Reihen vor oder hinter dem bestätigten COVID-19-Fall gesessen hatten, unabhängig von der Flugzeit.

(ii) Crew-Mitglieder oder andere Passagiere, sofern eine der anderen Kriterien zutreffen (z.B. längeres Gespräch; Mund-zu-Mund Beatmung o.ä.).

Kodierungstabelle:

Art des Kontaktes		Art des Schutzes	
0	Kein Kontakt	0	keiner
S	Mindestens 15-minütiger Sprechkontakt	M1	OP-Maske oder FFP1-Maske
P	Pflegerische oder ärztliche Handlung am Patienten	M2	FFP2-Maske
Ä	Ärztliche Handlung am Patienten	M3	FFP3-Maske
Aer	Aerosol-produzierende Maßnahme, z.B. Absaugen, BAL, Intubation, Bronchoskopie	K	(Schutz)Kittel
Mat	Handhabung/Kontakt mit möglicherweise infektiösem Material	H	Handschuhe
And	Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)	S	Schutzbrille

Beispiel: ein Krankenpfleger hatte am 3.2. den 2019- COVID-19-Fall gewaschen und abgesaugt, und dabei eine OP-Maske, einen Schutzkittel und Handschuhe getragen. An dem Tag hatte der Pfleger Husten. Bei Art des Kontaktes (s. „Kodierungstabelle") sind einzutragen: „P,Aer" (P für pflegerische Handlung, Aer für Aerosol-prod. Maßnahme); bei Art des Schutzes: "M1,K,H" (M1 für OP-Maske, K für Kittel, H für Handschuhe)

	Kontakt	Schutz		Eigene Symptomatik (J=Ja, N=Nein, ?=weiß nicht)					
	Art des Kontaktes (s.o.)	Art des Schutzes (s.o.)		Fieber	Temperatur	Husten	Halsschmerzen	Kurzatmigkeit	Durchfall
Di,3.2.	P,Aer	M1,K,H		N	37.5°C	J	N	N	J

Am 3.2. war der letzte Kontakt, also muss der Pfleger sein Tagebuch (falls keine weiteren Kontakte erfolgen) bis zum 17.2. (3.2. + 14 Tage) ausfüllen.

Datum	1.2.	2.2.	3.2.	4.2.	5.2.	6.2.	7.2.	8.2.	9.2.	10.2.	11.2.	12.2.	13.2.	14.2.	15.2.	16.2.	17.2.
Kontakt mit Pt.	ja	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bemerkg.	1.Kontakt-tag		Letzter Kontakttag	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	Letzter Kontakttag + 14 Tage
Tagebuch-führung	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x (Ende)

Anmerkungen: (1) Bitte beginnen Sie die Tabelle mit dem Tag, an dem Sie zum 1. Mal mit dem Fall Kontakt hatten, und führen Sie sie kontinuierlich fort bis zum 14. Tag nach dem letzten Kontakt mit dem Fall (bzw. dem möglicherweise infektiösen Material). Wenn dieser Tag in der Zukunft liegt, füllen Sie bitte die Tabelle von jetzt an täglich aus. Ist der [letzte Kontakttag + 14 Tage] bereits vergangen, füllen Sie bitte die Tabelle aus, so gut es Ihnen möglich / erinnerlich ist.

(2) Falls Sie in den 14 Tagen nach Kontakt mit dem Patienten einen Atemwegsinfekt entwickeln sollten, bleiben Sie bitte zu Hause und kontaktieren Sie:
Dr./Hr./Fr. ________________________, Tel.Nr.: _______________.

Tragen Sie ab da jeden Kontakt mit anderen Personen in das Tagebuch in die letzte Spalte ein.

287822

Nachname: _______________ Vorname:__________ Tel.Nr.:_____________ ID(frei lassen):_____

„Tagebuch“

Ich gehöre zu: ☐ärztlichem Personal ☐Pflegepersonal ☐Laborpersonal ☐ Familienmitglied

☐ Passagier im selben Flugzeug wie der(die) Patient(in) ☐ anderes: __________

Datum	**Kontakt**	**Schutz**		**Eigene Symptomatik (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)**						
z.B. Mo, 3.2.14	Art des Kontaktes (s.u.)(alle zutreffenden eintragen)	Art des Schutzes (s.u.)(alle zutreffenden eintragen)		Fieber (ja, nein)	Temperatur	Husten (ja, nein)	Hals-schmerzen (ja, nein)	Kurz-atmigkeit	Sonstige	Falls eigene Symptomatik auftritt, Kontakt mit....

KODIERUNGSTABELLE:

Art des Kontaktes		Art des Schutzes	
O	Kein Kontakt	O	keiner
S	Mindestens 15-minütiger Sprechkontakt	M1	OP-Maske oder FFP1-Maske
P	Pflegerische oder ärztliche Handlung am Patienten	M2	FFP2-Maske
Ä	Ärztliche Handlung am Patienten	M3	FFP3-Maske
Aer	Aerosol-produzierende Maßnahme, z.B. Absaugen, BAL, Intubation, Bronchoskopie	K	(Schutz)Kittel
Mat	Handhabung/Kontakt mit möglicherweise infektiösem Material	H	Handschuhe
And	Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)	S	Schutzbrille

287822

Nachname: _______________ Vorname:__________ Tel.Nr.:_____________ ID(frei lassen):_____

Falls Sie nach dem Kontakt mit dem COVID-19-Fall einen Atemwegsinfekt hatten:

Wurde deshalb ein Röntgenbild gemacht:
☐ Nein ☐ Ja: Datum: _______ Ergebnis: ________________________

bei wem/wo: ____________________________
sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dieser Person Kontakt aufnehmen: ☐ Nein ☐ Ja: Tel.: _______

Wurde ein Abstrich bzw. eine Probe aus dem Nasenrachenraum oder den tiefen Atemwegen entnommen:

Nasenrachenraum ☐ Nein ☐ Ja: Datum: _______ Ergebnis: ________________________

Sputum ☐ Nein ☐ Ja: Datum: _______ Ergebnis: ________________________

bei wem/wo: ____________________________
sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dieser Person Kontakt aufnehmen: ☐ Nein ☐ Ja: Tel.: _______

Verlauf dieser Atemwegserkrankung: ☐ Ausgeheilt ☐ Noch andauernd

Wären Sie grundsätzlich bereit,
- sich einen Abstrich aus dem Nasenrachenraum abnehmen zu lassen? ☐ Ja ☐ Nein
- eine Sputumprobe abzugeben? ☐ Ja ☐ Nein
- sich für serologische Proben Blut abnehmen zu lassen? ☐ Ja ☐ Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Bitte melden Sie sich spätestens wieder am ___________ bei: ____________________________

Tel.Nr: ___________________________________

Nachname: Vorname: Tel.Nr.:

Adresse:

Tagebuch für Kontaktpersonen/ Erkrankte Personen mit SARS-CoV-2

In diesem Tagebuch dokumentieren Sie ab Ihrem letzten Kontakt zu einer positiv getesteten Person bzw. ab dem letzten Tag Ihres Aufenthaltes in einem der vom RKI benannten Risikogebiete über 14 Tage das Freisein von bzw. das Auftreten von Symptomen (siehe Tabelle), zweimal täglich Ihre gemessene Körpertemperatur, allgemeine Aktivitäten und Ihre Kontakte zu anderen Personen.
Nach Ablauf der 14 Tage senden Sie das ausgefüllte Tagebuch (Teil I des Bogens) an die im Anschreiben angegebene Adresse des Gesundheitsamtes.

Teil I: Tägliche Dokumentation des Gesundheitszustandes

Tag	Datum	Gesundheitszustand nach tel. Auskunft: Symptomatik (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)						
		Temperatur (°C)		Husten (ja, nein)	Halsschmerzen (ja, nein)	Kurzatmigkeit (ja, nein)	Unspezifische Allgemeinsymptome (z.B. Kopfschmerzen, Unwohl-sein, Abgeschlagenheit) (ja; wenn ja, welche? / nein?)	Sonstiges (Besonderheiten etc.)
		vormittags	nachmittags					
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9								
10								
11.								

Nachname: Vorname: Tel.Nr.:

Adresse:

Tag	Datum	Gesundheitszustand nach tel. Auskunft: Symptomatik (N=Nein, J=Ja, WN=weiß nicht)						
		Temperatur (°C)		**Husten** (ja, nein)	**Halsschmerzen** (ja, nein)	**Kurzatmigkeit** (ja, nein)	**Unspezifische Allgemeinsymptome** (z.B. Kopfschmerzen, Unwohl-sein, Abgeschlagenheit) (ja; wenn ja, welche? / nein?)	**Sonstiges** (Besonderheiten etc.)
		vormittags	nachmittags					
12.								
13.								
14.								

Nachname: Vorname: Tel.Nr.:

Adresse:

Teil II: Kontaktpersonen-Liste

Bitte führen Sie in dieser Liste namentlich die Personen auf, mit denen Sie während der Zeit Ihrer häuslichen Absonderung/ Quarantäne **engen, persönlichen Kontakt** hatten.

Senden Sie die Kontaktpersonenliste nur dann an das zuständige Gesundheitsamt zurück, wenn Sie selbst im Zeitraum Ihrer Absonderung/ Quarantäne an SARS-CoV-2 erkranken.

Art des Kontaktes	
S	Mindestens 15-minütiger persönlicher Sprechkontakt z.B. im Rahmen eines Gesprächs, hatten. Dazu gehören z.B. Personen aus Lebensgemeinschaften im selben Haushalt.
K	Direkter Kontakt zu Körperflüssigkeiten/ Sekreten, wie z.B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen, etc.
P	Pflegerische Handlung oder medizinische Behandlung
And	Andere Art von Kontakt (bitte eintragen, welcher)

Name des Erkrankten	

Datum (letzter Kontakt)	**Kontaktart** (S, K, P, And)	**Vor- und Nachname**	**Geb.-Datum**	**Anschrift** (Straße, HNr., PLZ, Ort)	**Tel.-Nr.**

Nachname: Vorname: Tel.Nr.:

Adresse:

Datum (letzter Kontakt)	**Kontaktart** (S, K, P, And)	**Vor- und Nachname**	**Geb.-Datum**	**Anschrift** (Straße, HNr., PLZ, Ort)	**Tel.-Nr.**

Nachname: Vorname: Tel.Nr.:

Adresse:

Datum (letzter Kontakt)	**Kontaktart** (S, K, P, And)	**Vor- und Nachname**	**Geb.-Datum**	**Anschrift** (Straße, HNr., PLZ, Ort)	**Tel.-Nr.**

Feedback n.a.v. Creatieve uiting 'Corona fase 4'

Door: RIVM Corona Gedragsunit - Werkpakket 8: Communicatie

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

Kenmerk 08.06 | 12-05-2020

Allereerst bieden we feedback op basis van de creatieve uiting 'Corona fase 4'. Vervolgens bieden we een checklist die als hulpmiddel kan dienen bij het aanpassen van de creatieve uitingen, zodat geen belangrijk aspect uit de debrief (en onze feedback daarop) over het hoofd gezien kan worden bij het realiseren van de hernieuwde uiting.

Positief:

- Duidelijke campagne onder paraplu van 'Alleen Samen'
- 2 van de 3 hernieuwde kernmaatregelen - houd 1.5 m afstand & vermijd drukte - worden goed benadrukt
- 3 van de 4 campagnepijlers van 'Alleen Samen' komen duidelijk terug in de uiting:
    - Nut van de maatregelen versterken
    - Goed voorbeeld doet goed volgen
    - Saamhorigheid versterken
- Het benadrukken van de collectiviteit is heel sterk
- Sterke mate van diversiteit zichtbaar in de uitingen, zodat iedereen (doelgroep is alle mensen in Nederland) zich waarschijnlijk aangesproken voelt
- Toon is positief en hoopvol
- Focus ligt duidelijk op wat er *kan*, en niet op wat er *moet*
- Uiting biedt duidelijk perspectief; er gaan weer deuren open
- Heldere, eenvoudige taal wordt gebruikt zodat ook laagopgeleiden en laaggeletterden de boodschap kunnen begrijpen

Waar is verbetering mogelijk:

- 1 van de 3 hernieuwde kernmaatregelen, 'thuiswerken waar mogelijk', zoals ook benoemd in debrief, komt nog nergens terug.
- 1 van de 4 campagnepijlers van 'Alleen Samen' komt nog niet terug in de uiting: Empathie tonen. In de debrief lijkt dit een belangrijk speerpunt te zijn. Er lijkt nog geen extra aandacht te zijn voor mensen die het moeilijk hebben in deze crisis: kwetsbare groepen (ouderen, laaggeletterden), mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting voor hun sector. We missen aandacht en empathie voor deze doelgroep.
- Negatieve emoties, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan middels copingstrategieën (hulp vragen, steun zoeken, relativeren, enz), worden nog niet weergegeven.
- Het 'waarom' van de maatregelen, zodat burgers in diverse complexe contexten zelf verstandige afwegingen kunnen maken, is nog niet zichtbaar.
- Heldere uitleg over de 1,5 m samenleving is gewenst, zodat we mensen eigenaarschap kunnen bieden zodat ze zelf op een verantwoorde manier invulling kunnen geven aan de 1,5 m samenleving. Ook mag dit eigenaarschap worden benadrukt.

- Een feedback boodschap mist, zoals 'goed gedaan tot dus toe'. Dit versterkt de motivatie om vol te houden.
- Perspectief bieden is belangrijk, echter is ons advies te blijven benadrukken dat we er nog niet zijn; er zijn nog risico's aanwezig.

Feedback TVC 4a:

- Het "dankjewel" na het opzij stappen voor de dame met rollator bevestigt de sociale norm.
- 'Samen sporten' (voetbal, hockey, tennis, jeu de boules); voetbal en hockey is normaliter niet op 1,5 m afstand. Voorstel is om die eruit te halen.
- 'Samen naar de echo' wordt waarschijnlijk anders ingevuld dan hier getoond. Hier wordt namelijk geen 1,5 m afstand gehouden tussen de man en de echoscopist. Die hoeven geen direct contact te hebben. Daarnaast oogt dit plaatje niet realistisch (erg dikke buik voor eerste echo).
- 'Samen autorijden' heeft minder sterke boodschap dan samen sporten (goed voor gezondheid, op 1.5m afstand), naar de kapper (fysieke verzorging maar met strakke regels), naar de echo (belang van voortzetten gezondheidszorg). Autorijden mag wel weer, maar hier kan niet een creatieve oplossing voor worden aangedragen (eigenaarschap van creatieve oplossingen in nieuwe samenleving) en afstand houden is hierbij niet mogelijk.

Checklist bij evalueren uitingen Corona fase 4:

- Voldoet de uiting aan het communicatiedoel: Alle mensen in Nederland leven de maatregelen na en blijven dat doen?
- Zijn de campagnedoelstellingen bereikt?
  - Iedereen vindt het belangrijk om de geldende maatregelen op te (blijven) volgen om zichzelf en anderen te beschermen
  - Iedereen maakt afspraken met zijn omgeving om de 1,5 meter samenleving in te vullen en houdt zich aan de afspraken.
- Komt de focus van fase 1 (hernieuwd onder de aandacht brengen van de vernieuwde maatregelen) in deze uiting duidelijk naar voren?
- Is het beoogde gedrag helder in de uitingen?
  - Houd 1,5 m afstand
  - Vermijd drukte
  - Werk zoveel mogelijk thuis
- Krijgen mensen grip op het 'waarom' van de maatregelen (achterliggende rationale) zodat ze in diverse, complexe contexten zelf verstandige afwegingen kunnen maken?
- Is er een heldere uitleg over de 1,5 m samenleving (zodat ze er zelf invulling aan kunnen geven)?
- Komen de 4 campagnepijlers van 'Alleen Samen' duidelijk terug in de uiting?
  - Nut van de maatregelen versterken
  - Goed voorbeeld doet goed volgen
  - Saamhorigheid versterken
  - Empathie tonen
- Komt er een grote mate van diversiteit terug in de uitingen, zodat iedereen (doelgroep is alle mensen in Nederland) zich aangesproken voelt?
- Is er extra aandacht voor mensen die het moeilijk hebben in deze crisis?
  - Wordt aan deze specifieke doelgroep (genoeg) begrip en empathie getoond?
- Is er genoeg aandacht voor emoties die deze periode met zich meebrengt?
- Is de toon positief en hoopvol?
- Is het taalgebruik actief en uitnodigend (niet directief)? Ligt de focus op wat er kán en niet op wat moet?
- Wordt er heldere, eenvoudige taal gebruikt en coronajargon vermeden (zoals anderhalve-meter-samenleving), zodat ook laagopgeleiden en laaggeletterden de boodschap kunnen begrijpen?

Nederland is al een tijd in de ban van het nieuwe coronavirus. Om beter te begrijpen hoe mensen denken over de afgekondigde maatregelen, wat hun drijfveren zijn om zich hier aan te houden en wat de impact op mensen is, houden het RIVM Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en GGD Gemeentelijke Gezondheidsdienst - GHOR Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio Nederland (in samenwerking met de regionale GGD'en) een groot onderzoek. Het onderzoek gaat over het gedrag van mensen, wat ze vinden van de gedragsmaatregelen van de overheid en hoe het fysiek, mentaal en sociaal met ze gaat in dit coronatijdperk.

Resultaten 2e ronde

Vermijd drukte als nieuwe regel wordt goed ontvangen

Vermijd drukte is goed ontvangen als vervanger van blijf thuis. Maar liefst 95% steunt deze nieuwe gedragsregel, tegen 81% steun voor 'blijf zo veel mogelijk thuis' volgens de meting drie weken eerder. Ook het draagvlak voor de hygiënemaatregelen blijft groot, terwijl de regels en adviezen die het sociale leven beperken (zoals, zo min mogelijk bezoek ontvangen) op minder steun rekenen.

Verder lijkt het er op dat de mensen die zelf het meeste risico lopen, zoals 70-plussers en mensen met gezondheidsproblemen, de maatregelen strakker opvolgen en meer geneigd zijn anderen met risico te beschermen.

Dat blijkt uit de gegevens van de tweede ronde van het vragenlijstonderzoek van het RIVM en de GGD'en onder 53.000 mensen. Er worden hier ook resultaten van de eerste r ronde getoond. Deze zijn gebaseerd op de deelnemers die aan beide ronden hebben meegedaan.

Lukt het mensen om de gedragsregels toe te passen?

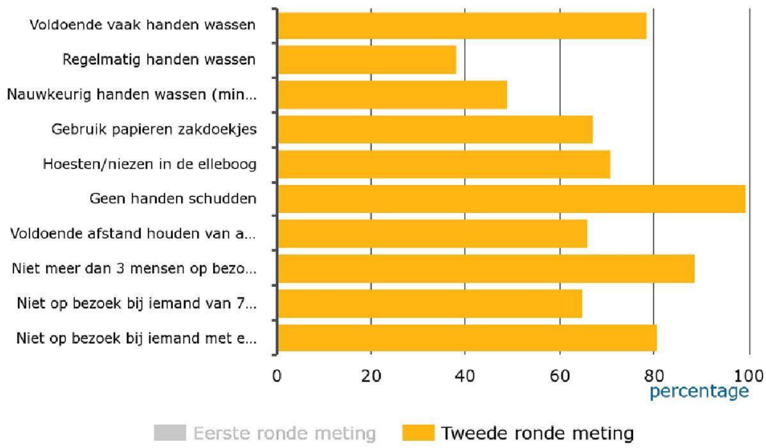
Sinds half maart gelden in ons land diverse gedragsregels die erop gericht zijn het aantal contacten met anderen te reduceren (bijvoorbeeld 1,5 meter afstand houden). De regels moeten er verder toe bijdragen dat tijdens contacten met anderen het coronavirus niet wordt overgedragen (hygiënemaatregelen). Als mensen denken dat de gedragsregels helpen om besmettingen van zichzelf of anderen te voorkómen kan dit hun motivatie versterken. Echter, de huidige situatie vraagt ook veel van mensen: ze beperken onze vrijheid en mogelijkheden. Dit kan impact hebben op onze mentale, fysieke, en sociale gezondheid. En op de verwachting hoe lang mensen de maatregelen steunen. Deze inzichten helpen de overheid om burgers beter te kunnen ondersteunen en informeren om de gedragsregels op te blijven volgen.

Het onderzoek van RIVM en GGD-en laat zien dat het niet meer handen schudden de meest makkelijk na te leven regel is. Ruim 99% zegt geen handen meer te schudden. Daarnaast geeft 89% aan 'niet meer dan 3 mensen op bezoek' te ontvangen. Ook het niet bezoeken van mensen met een kwetsbare gezondheid (81%), het in de elleboog niezen (71%) en het gebruik van papieren zakdoekjes (67%) wordt opgevolgd.

Handen wassen. Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd om in te schatten hoe vaak ze handen wassen in situaties waarin dat moet. Het gemiddeld aantal keren dat het mensen lukt om handen te wassen in situaties waarin dat moet gebeuren is 78%. Echter, als we aan mensen vragen hoe vaak per dag in totaal ze denken dat ze hun handen wassen rapporteert 38% dit vaker dan 10 keer per dag te hebben gedaan. Van de situaties waarin er handen wordt gewassen blijkt dat mensen duidelijk de gewoonte hebben om hun handen te wassen na een toiletbezoek: bijna 93% van de mensen geeft aan hun handen vaak tot altijd te wassen. Ruim 80% van de mensen geeft aan vaak tot altijd hun handen te wassen na thuiskomst. De gewoonte is een stuk minder sterk in de andere situaties, zoals na het neus snuiten of bij anderen op bezoek gaan. Vóórdat mensen naar buiten gaan wast 38% van de mensen vaak tot altijd hun handen.

Afstand houden. Uit het onderzoek blijkt dat van alle keren dat mensen in een situatie belanden waarin ze afstand moeten houden, dit in gemiddeld 66% van de gevallen ook lukt.In de vorige meting (ronde 1) was dit nog 71% van de gevallen. Het lijkt erop dat het voor mensen moeilijker wordt om zich aan die 1,5 meter te houden. Voorbeelden van situaties zijn boodschappen doen, een frisse neus halen, buiten sporten, bezoek bij familie of vrienden. Bij het boodschappen doen rapporteerde 83% van de deelnemers dat mensen soms tot heel vaak te dichtbij kwamen. Bijna 70% gaf aan dat mensen te dichtbij kwamen wanneer zij naar buiten gingen voor werk. Bij het bezoeken van vrienden of familie of bezoek thuis ontvangen is dit respectievelijk 52% en 45%. Dus net als tijdens de vorige meting eind april blijft het lastig om, met name bij het boodschappen doen en buitenshuis werken, 1,5 meter afstand te realiseren.

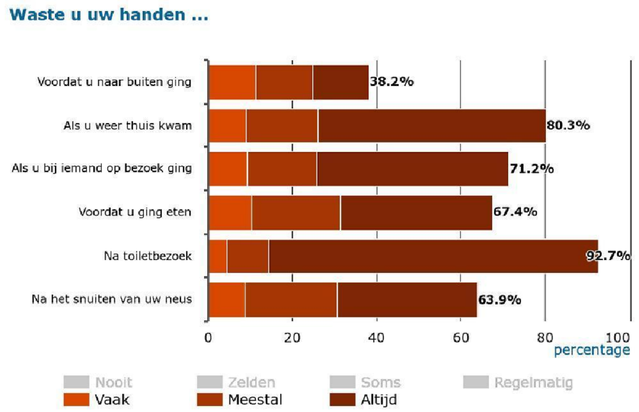
Hoe houden mensen zich in de praktijk aan de maatregelen?



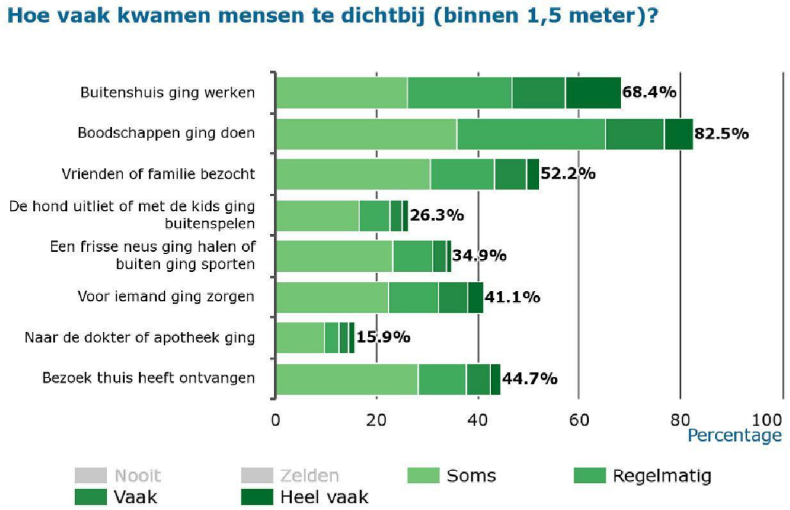
Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.1.0

287831

Handen wassen



Bron: RIVM, figuur w2.1.1

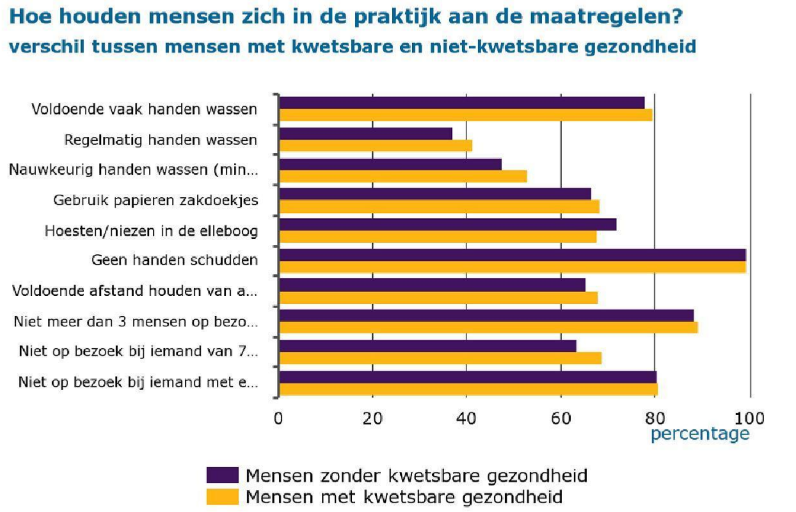


Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.1.3

Verschil tussen mensen met kwetsbare gezondheid en niet kwetsbare gezondheid

Mensen met een kwetsbare gezondheid rapporteren vaker dat ze zich aan de hygiëne en afstand maatregelen houden dan mensen zonder onderliggende gezondheidsproblemen.

We zien we dat de groep met een kwetsbare gezondheid vaker rapporteert dat zij frequent (d.w.z. > 10 keer per dag) handen hebben gewassen dan de niet kwetsbare groep (41% versus 37%). Oudere mensen doen het hier beter dan jongere mensen. Van de mensen die ouder zijn dan 70 jaar lukt dit in gemiddeld 72% van de gevallen, terwijl bij de jongeren (16-24 jaar) dit in gemiddeld 65% van de gevallen lukt [niet in figuur]. Kijken we naast de leeftijd ook naar een kwetsbare gezondheid dan zien we dat mensen met een kwetsbare gezondheid het iets beter lijken te doen dan de mensen zonder een kwetsbare gezondheid (respectievelijk gemiddeld 68% versus 65%), dit geldt zowel voor degenen die ouder zijn dan 70 jaar als de personen die jonger zijn dan 70 jaar [niet in figuur]. Zowel mensen met een kwetsbare gezondheid en hogere leeftijd vermijden vaker bezoek aan 70-plussers en bezoek aan mensen met gezondheidsproblemen. Het lijkt er dus op dat de mensen die zelf het meeste risico lopen, de maatregelen strakker opvolgen en meer geneigd zijn om anderen met hoger risico op een ernstig beloop van een besmetting te beschermen.



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.1.1

Waarom wel of niet volgen van de gedragsregels?

Het wel of niet volgen van de gedragsregels kan verschillende redenen hebben. Over een aantal van deze mogelijke redenen, hebben we vragen gesteld in dit onderzoek. Met behulp van de resultaten van het onderzoek hopen we hier in de komende weken een beter inzicht in te krijgen. Hieronder staan de resultaten tot nu toe.

287831

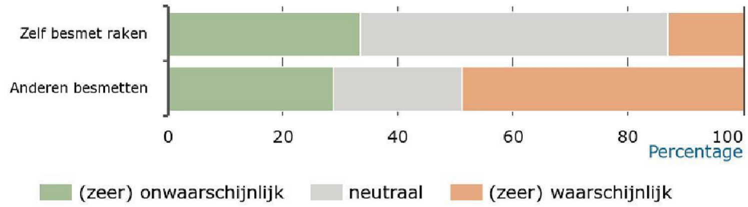
Risico-inschatting

Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd hoe groot zij denken dat de kans is dat ze zelf besmet raken met het coronavirus of anderen ermee besmetten. Ook is gevraagd hoe erg ze dat zouden vinden.

Ruim eenderde geeft aan dat ze het (zeer) onwaarschijnlijk vinden dat ze besmet worden. Ongeveer 13% vindt dit juist (heel) waarschijnlijk. Bij de vorige meting vond 28% van de mensen het (zeer) onwaarschijnlijk om besmet te raken en vond 16% het (zeer) waarschijnlijk. Als ze besmet zouden raken dan vindt 51% dit (heel) erg. Bij de vorige meting was dat ongeveer gelijk (52%).

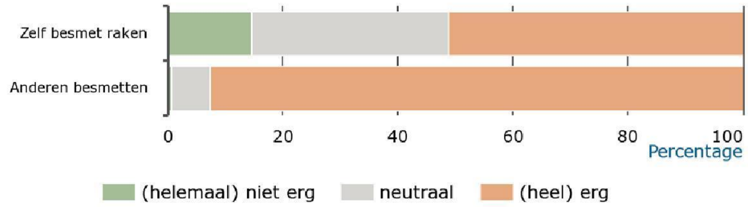
Bijna de helft van de mensen (49%) acht het (zeer) waarschijnlijk dat zij het virus aan anderen doorgeven als ze zelf besmet zouden zijn. Bij de vorige meting was dat 52%. Bijna iedereen (93%) zou het (heel) erg vinden het virus door te geven aan iemand anders (bij de vorige meting was dat 91%).

Risicoperceptie: denken we dat we besmet raken, en als we besmet zijn, ook anderen besmetten?



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.7.0

Risicoperceptie: hoe erg vinden we het als we zelf besmet raken of anderen besmetten?



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.7.1

Gevoel bij coronovirus

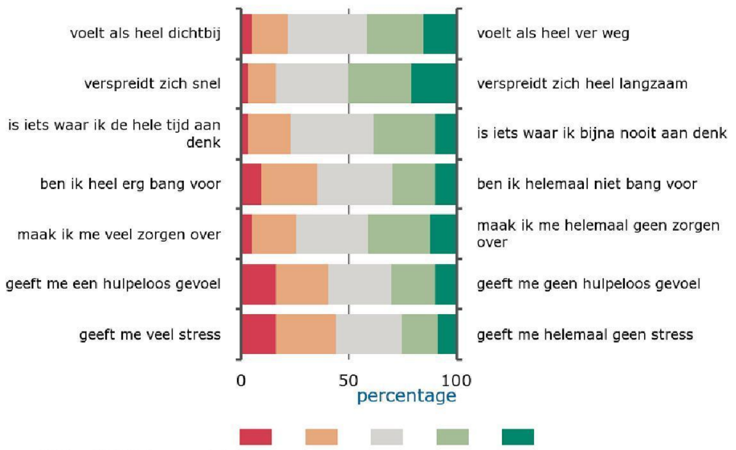
Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd in hoeverre het virus hun emotioneel beïnvloed. xxxxxxx tussen de 25 en $55 vande mensen zegt dat het virus iets is waar ze

(heel) veel aan denken, bang voor zijn, zich zorgen over maken en dat ze heel veel stress en een hulpeloos gevoel geeft.

De emotionele reactie die mensen rapporteerden op de 1e vragenlijst, blijkt het opvolgen van de maatregelen op deze 2e meting te voorspellen (het volgen van de hygiene en 1.5 meter afstand adviezen, en de regel om niet ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid te bezoeken).

[dat laatste komt uit de regressie: die opmerkingen kan ook toegevoegd worden voor risico perceptie ('een hogere risico perceptie voorspelt het meer opvolgen van de hygiene maatregelen en het niet bezoeken van ouderen en mensen met een kwetsbare gezondheid], effectiviteit maatregelen [die voorspellen hygiene, niet kwetsbare en ouderen bezoeken, en 1.5 m afstand houden], en ditto voor de eigen effectiviteit: de maatregelen moeilijk/makkelijk vinden om uit te voeren]

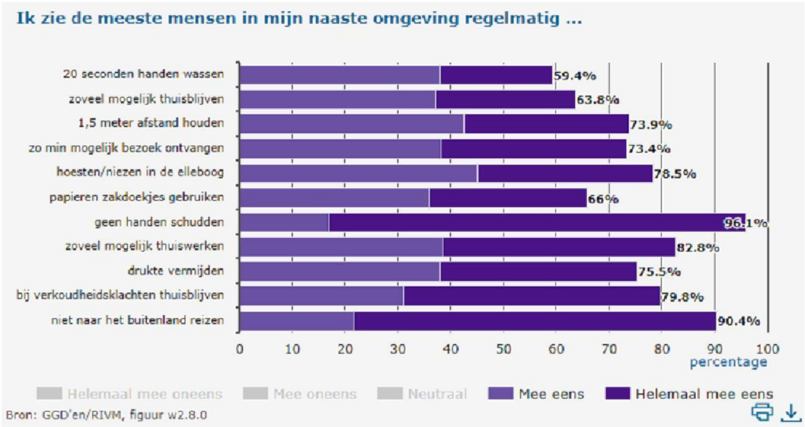
Stellingen: Corona ...



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.9.0

Wat doen anderen?

Om hun eigen gedrag te bepalen kijken mensen naar wat anderen doen. . De onderzoeksdeelnemers geven aan dat zij de meeste mensen in hun naaste omgeving geen handen meer zien schudden (96%) en niet naar het buitenland zien reizen (90%). Nog geen 60% van de mensen geeft aan, anderen in hun omgeving 20 seconden te zien handen wassen. Ook zoveel mogelijk thuisblijven (64%) en papieren zakdoekjes gebruiken (66%) lijken we minder om ons heen te zien.

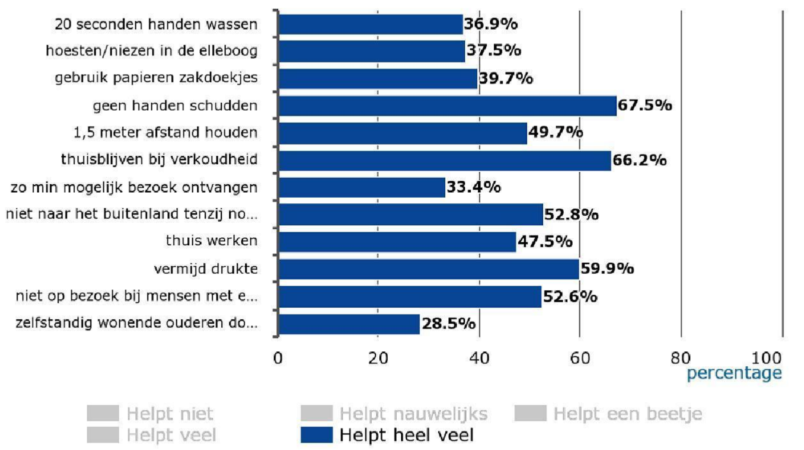


Maatregelen helpen

Aan de onderzoeksdeelnemers is gevraagd hoe goed volgens hen de maatregelen helpen het virus tegen te gaan. Variërend per maatregel geeft 68 tot 95% aan dat de maatregelen (heel) veel helpen. De maatregelen waarvan de meeste mensen aangeven dat deze (heel) veel helpen zijn vermijd drukte, geen handen schudden (beide 95%) en thuisblijven en geen bezoek ontvangen bij verkoudheid (94%). Bij de vorige meting gaven relatief de meeste mensen aan dat de maatregelen om geen handen te schudden (91%) en thuis te blijven en geen bezoek te ontvangen bij verkoudheid (90%) (heel) veel helpen. De maatregel om drukte te vermijden is bij de vorige meting niet aan de onderzoeksdeelnemers voorgelegd.

Mensen die aangeven meer vertrouwen te hebben in de effectiviteit van de maatregelen en dat zij zelf die ook goed uit kunnen voeren, laten 3 weken later ook een hogere mate van opvolgen van de maatregelen zien (data wordt niet getoond). Dit is in lijn met psychologische modellen die aangeven dat mensen beter met bedreigingen weten om te gaan, als ze weten wat ze moeten doen en er vertrouwen in hebben dat dit werkt.

Hoe goed helpen de maatregelen?



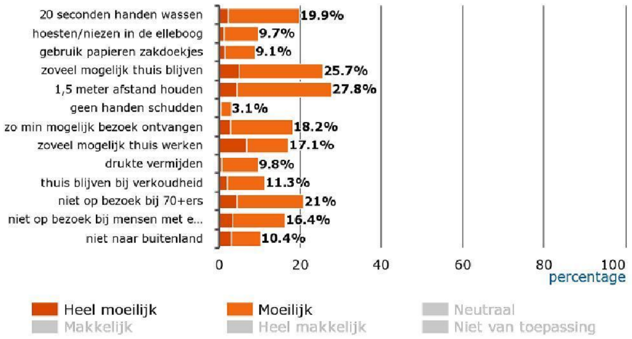
Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.5.0

Opvolgen van gedragsregels

Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd hoe moeilijk of makkelijk zij het vinden om zich aan de maatregelen te houden. De maatregelen die door relatief de meeste mensen (heel) moeilijk worden gevonden zijn 'altijd 1,5 meter afstand houden van andere mensen behalve binnen gezin of huishouden' (28% vindt dit (heel) moeilijk) en 'zoveel mogelijk thuis blijven' (26% vindt dit (heel) moeilijk). Bij de vorige meting werd de maatregel om zoveel mogelijk thuis te blijven door een iets grotere groep (28%) als (heel) moeilijk ervaren. Altijd 1,5 meter afstand houden van andere mensen vond toen een iets kleinere groep (23%) (heel) moeilijk. Niet naar het buitenland te reizen of drukte te vermijden wordt door 10% van de deelnemers als (heel moeilijk) ervaren. De maatregel die door relatief de grootste groep onderzoeksdeelnemers (93 %) (heel) makkelijk wordt gevonden is 'geen handen schudden'. Bij de vorige meting was dit ook de maatregel die door de relatief grootste groep (heel) makkelijk werd gevonden; het ging toen om 90% van de onderzoeksdeelnemers.

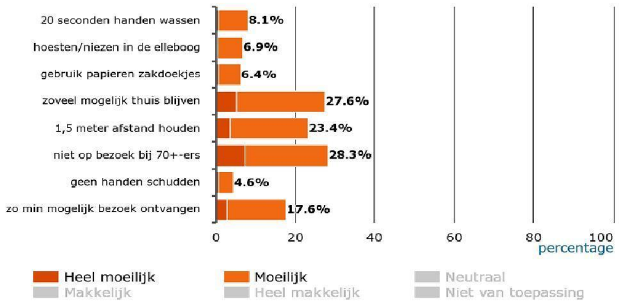
Mensen die zich bedreigd voelen door het virus en daar bezorgd over zijn lijken de gedragsadviezen nauwkeuriger op te volgen. Dit is in lijn met de gedragsmodellen die ervan uitgaan dat........ (data wordt niet getoond).

Hoe moeilijk is het om je aan de maatregelen te houden?, ronde 2



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.4.0

Hoe moeilijk is het om je aan de maatregelen te houden?, ronde 1



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w1.4.0

Welbevinden

Het besef dat men risico loopt en dat de maatregelen helpen om dit risico te verkleinen, kan mensen motiveren de maatregelen op te volgen. Door de coronacrisis worden ook vrijheid en mogelijkheden beperkt en mensen kunnen angstig zijn. Dit kan invloed hebben op onze mentale, fysieke, en sociale gezondheid. Als mensen negatieve gevolgen van de coronacrisis wijten aan de maatregelen, kan dat demotiverend werken.

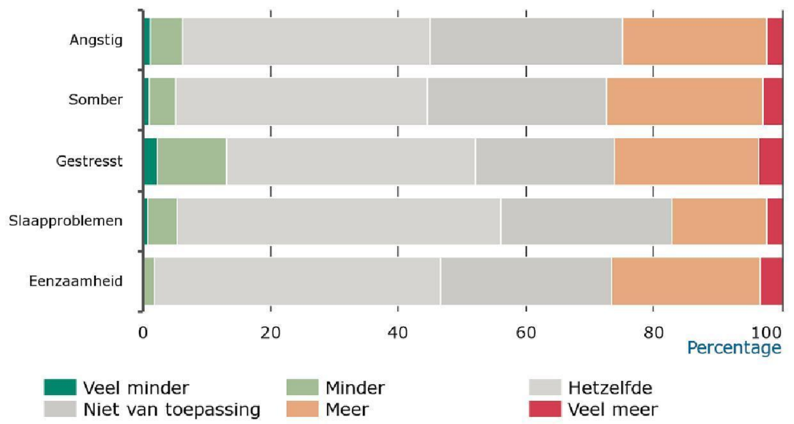
De deelnemers geven hun leven op het moment van invullen van de vragenlijst een score van 7,2 op een schaal van 1-10. Bij de eerste meting gaven deze deelnemers hun leven een score van 7.0

Aan de onderzoeksdeelnemers is een aantal stellingen voorgelegd om eenzaamheid te meten zoals ‘Ik ervaar een leegte om me heen’, ‘Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval

van narigheid kan terugvallen' en 'Ik heb veel mensen op wie ik helemaal kan vertrouwen'. Deze konden zij beantwoorden met 'Ja', 'Min of meer' of 'Nee'. Uit de resultaten blijkt dat 35% van de deelnemers niet eenzaam is. Ongeveer de helft (51%) is enigszins eenzaam.

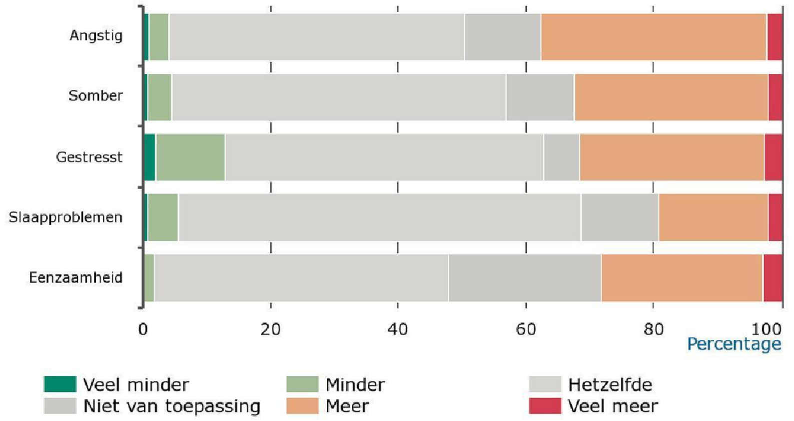
Op de directe vraag in hoeverre men zich voelt ten opzichte van de periode vóór de corona-coronamaatregelen geven bijna 25% van de mensen zich (veel) angstiger dan in de periode voor de coronamaatregelen. Bij de vorige meting gold dat voor bijna 38% van de mensen. Ook de groep die zich (veel) somberder voelt (28%) en de groep die aangeeft (veel) meer gestrest te zijn (26%) dan in de periode voor de coronamaatregelen is kleiner dan bij de vorige meting (toen was het 32% voor beide groepen). Ruim 17% heeft (veel) meer problemen met slapen. Bij de vorige meting was deze groep ongeveer even groot (19%) voor eenzaamheid is dit percentage 27%. Dus vergeleken met de eerste meting zijn de percentages mensen dat aangeeft zich (veel) somberder, gestreste en angstiger te voelen en het percentage dat (veel) meer problemen met slapen ervaart lager dan voor de invoering van de coronamaatregelen.

Verandering mentaal welzijn, als gevolg van invoering van de corona-maatregelen, ronde 2



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.2.0

Verandering mentaal welzijn, als gevolg van invoering van de corona-maatregelen, ronde 1



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w1.2.0

Sociaal welbevinden

Kwaliteit sociale contacten

Om de kwaliteit van sociale contacten te meten, is aan de onderzoeksdeelnemers een aantal stellingen voorgelegd.

Terugkijkend op de week voorafgaand aan het onderzoek, geeft 80% aan dat zij het (helemaal) eens zijn met de stelling 'Ik mis het om mijn vrienden of familie in het echt te zien'. Deze stelling is bij de vorige meting niet aan de onderzoeksdeelnemers voorgelegd dus een vergelijking is niet mogelijk.

Bijna driekwart van de onderzoeksdeelnemers (71%) is het (helemaal) eens met de stelling 'Digitale of telefonische contacten ervaar ik op dit moment als positief'. Bij de vorige meting was dat nog 78%. Van de stelling 'Ik ervaar goed contact met familie, vrienden en kennissen' geeft 63% van de onderzoeksdeelnemers aan dat zij het (helemaal) daarmee eens zijn. Dat was bij de vorige meting nog 77% dus ook die groep is in omvang afgenomen. Tot slot de stelling 'Alles bij ervaar ik de kwaliteit van mijn sociale contacten als goed'. Daarmee is iets meer dan de helft (55%) het (helemaal) eens. Bij de vorige meting was dat percentage hoger (69%).

Op de directe vraag of men de kwaliteit van sociale contacten beter of slechter vindt ten opzichte van de periode vóór de corona-maatregelen, antwoordt 5% van de onderzoeksdeelnemers '(veel) beter' en 62% (veel) slechter'. Bij de vorige meting kregen onderzoeksdeelnemers de vraag in hoeverre ze het eens waren met de stelling 'Vergeleken

met de periode voor de corona-maatregelen is de kwaliteit van mijn sociale contacten beter'. Bijna 8% was het (helemaal) eens en 54% was het (helemaal) oneens met deze stelling.

OUTPUT METING 2

Vergeleken met de periode voor de corona-maatregelen, is de kwaliteit van mijn sociale contacten in de afgelopen 7 dagen (1 week):

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Veel slechter	1674	9,7	9,7	9,7
	Slechter	8952	51,9	51,9	61,6
	Hetzelfde	5759	33,4	33,4	95,0
	Beter	724	4,2	4,2	99,2
	Veel beter	58	,3	,3	99,6
	Weet ik niet	72	,4	,4	100,0
	Total	17239	100,0	100,0	

Leefstijl

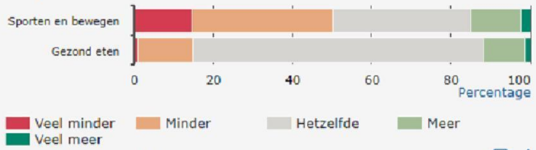
Een gezonde leefstijl helpt om mentaal, fysiek en sociaal gezond te blijven, ook in coronatijd. Het gaat hierbij onder andere om sporten, bewegen en gezond eten. Een toename in gebruik van middelen zoals alcohol en tabak kan invloed hebben op stemming en op kwaliteit van de slaap.

De helft van de mensen beweegt en sport minder, vergeleken met de periode voor de corona-maatregelen. Dat is een iets kleinere groep dan bij de vorige meting. Toen gaf nog iets meer dan de helft (53%) van de mensen aan (veel) minder te sporten.

De groep die (veel) minder gezond eet is 15%. Vergeleken met de periode voor de corona-maatregelen, gebruikt 16% van de mensen (veel) meer alcohol. Het gebruik van tabak is voor 26% van de mensen (veel) meer dan voor de maatregelen. Bij de vorige meting waren deze groepen iets kleiner van omvang. Toen gaf iets minder dan 15% aan (veel) minder gezond te eten, bijna 14% gebruikte toen (veel) meer alcohol en ongeveer 26 (veel) meer tabak.

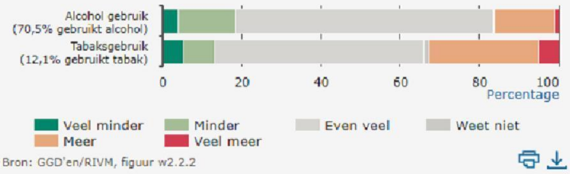
Gedragsveranderingen als gevolg van invoering van de corona-maatregelen, ronde 2

Leefstijl



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.2.1

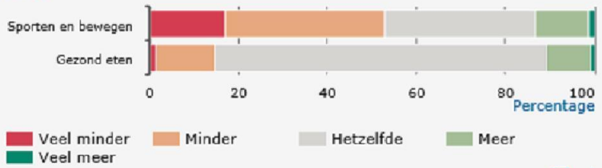
Middelengebruik



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.2.2

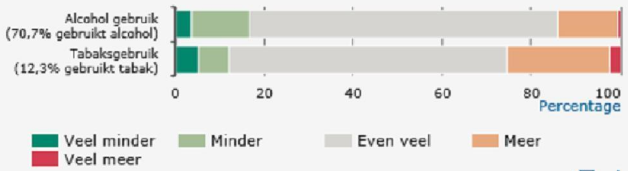
Gedragsveranderingen als gevolg van invoering van de corona-maatregelen, ronde 1

Leefstijl



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w1.2.1

Middelengebruik



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w1.2.2

Vertrouwen in de aanpak van de coronacrisis

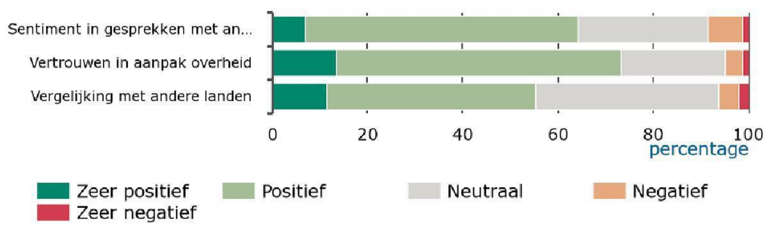
Vertrouwen in de Nederlandse aanpak

De mensen om ons heen kunnen veel invloed hebben op het beeld dat we vormen van de maatregelen. Net als bij de vorige meting praat 95% van de mensen wekelijks met anderen over de Nederlandse aanpak van de coronacrisis. Hoe vaak mensen in een week over de aanpak praten is afgenomen. Ongeveer 46% van de mensen geeft aan bijna dagelijks tot meerdere keren per dag met anderen te spreken over de Nederlandse aanpak van de coronacrisis. Zo'n 64% van ondervraagden geeft aan dat de gesprekken (zeer) positief waren en 9% vond de gesprekken (zeer) negatief.

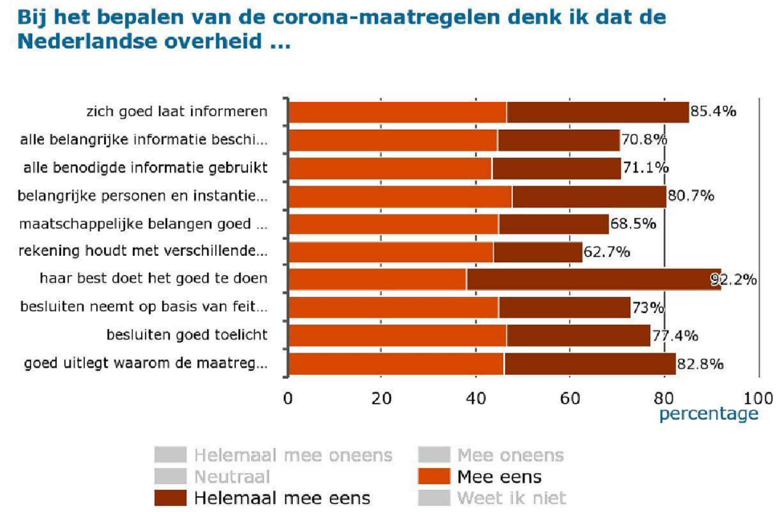
Er lijkt een groot vertrouwen in de manier waarop de Nederlandse overheid probeert het Coronavirus onder controle te houden: 73% heeft (veel) vertrouwen, 5% (helemaal) geen vertrouwen. In vergelijking met andere landen doet Nederland het volgens de respondenten dan ook (veel) beter (55%), terwijl een kleinere groep het beleid als (veel) slechter scoort (6%).

Aan de respondenten is een aantal stellingen voorgelegd die gaan over de beslissingen van de overheid tav coronamaatregelen. De uitspraak dat de Nederlandse overheid haar best doet het goede te doen, krijgt de meeste steun (92% is het er (helemaal) mee eens). De minste steun krijgt de stelling dat de Nederlandse overheid rekening houdt met verschillende meningen van mensen (63%).

Beeld van de aanpak van het coronavirus door de Nederlandse overheid



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.6.3



Bron: RIVM, figuur w2.10.0

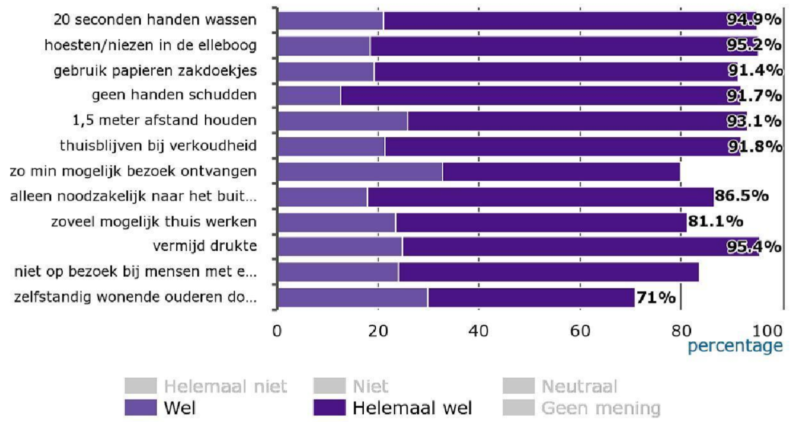
287831

Draagvlak voor de maatregelen

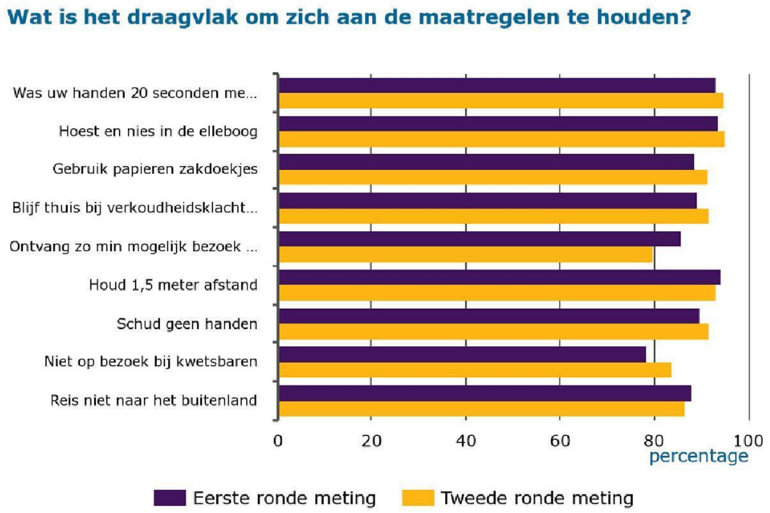
We hebben het draagvlak uitgevraagd voor maatregelen zoals die de eerste weken van mei 2020 van kracht waren ten tijde dat de vragenlijst uitstond.

Het draagvlak voor de verschillende maatregelen is hoog. Voor elke maatregel geldt dat een ruime meerderheid van de respondenten achter de maatregel staat. Variërend per maatregel staat 71% tot 95% van de deelnemers erachter. Ruim 90 tot 95% geeft aan achter de hygiënemaatregelen, zoals 20 seconden handen wassen en geen handen schudden te staan. Maatregelen zoals vermijd drukte, thuisblijven bij verkoudheid en 1,5 meter afstand houden kunnen ook op grote steun rekenen. Minder draagvlak is er voor maatregelen die sociale contacten inperken zoals zelfstandig wonende ouderen door een of twee vaste personen laten bezoeken en zo min mogelijk bezoek ontvangen, respectievelijk 71% en 80%. Voor de meeste maatregelen is het draagvlak de afgelopen weken gelijk gebleven of toegenomen. Voor de maatregel om zo min mogelijk bezoek te ontvangen (maximaal 3 bezoekers) en daarbij 1,5 meter afstand tot elkaar te houden is het draagvlak afgenomen.

Draagvlak om zich aan de Coronamaatregelen te houden, ronde 2



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.3.0



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.3.1

Wat als de maatregelen langer gaan duren

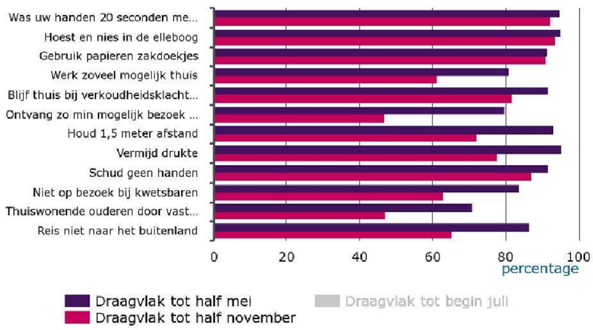
In de vragenlijst is het draagvlak voor de maatregelen ook uitgevraagd als de maatregelen nog zes weken of zes maanden zouden duren. Dit geeft de mate weer waarin mensen zichzelf de maatregelen nog voor langere tijd zien volhouden.

Als de maatregelen langer duren, denken mensen het moeilijker vol te zullen houden. Mensen geven aan dat vooral zo min mogelijk bezoek ontvangen en zelfstandig wonende ouderen (70-plus) slechts door één of twee vaste personen te bezoeken, moeilijker gaat worden. De mate waarin mensen achter de maatregelen staan, neemt af als de maatregelen nog zes weken zouden duren en nemen verder af als ze nog zes maanden zouden duren.

287831

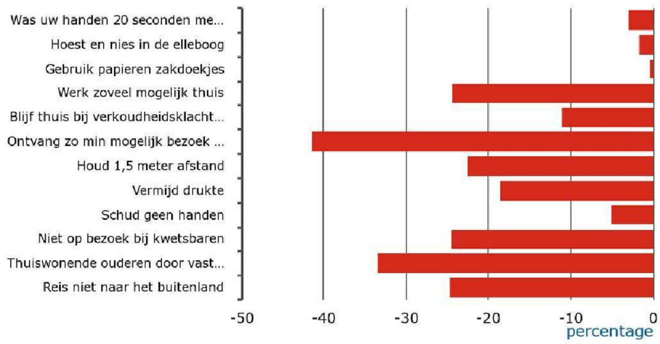
Mensen blijven onverminderd achter de hygiëne maatregelen staan, ook als die nog zes maanden zouden duren. Het draagvlak voor de andere maatregelen neemt enigszins af als die met zes weken verlengd zouden worden. Als ze met zes maanden verlengd zouden worden, is er een flinke afname. De sterkste procentuele daling is te zien bij de maatregel om zo min mogelijk bezoek te ontvangen: ruim 40% afname in het aantal mensen dat (helemaal) achter de maatregelen staat. Het draagvlak voor het bezoeken van thuiswonende ouderen met een of twee aangewezen personen neemt af met 33%.

Verandering van het draagvlak om zich aan de Coronamaatregelen te houden



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.3.1

Afname van het draagvlak als de maatregelen nog zes maanden duren



Bron: GGD'en/RIVM, figuur w2.3.2

Hoe is het onderzoek uitgevoerd?

Om beter inzicht te krijgen in de invloed van de maatregelen op het dagelijks leven en de mate waarin het lukt om de gedragsregels op te volgen is het samen met GGD-en een vragenlijstonderzoek gestart. Dit onderzoek vindt iedere twee weken plaats. Van 17 april tot en met 24 april 2020 is samen met 21 GGD-en en via (social) media in heel Nederland bekendheid gegeven aan het onderzoek. Van 7 mei tot en met 12 mei is de 2e meting uitgevoerd. De 3e meting zal eind mei plaatsvinden. Om de vragenlijst kort te houden, hebben niet alle deelnemers alle vragen over de andere onderwerpen.

Dit onderzoek is tot stand gekomen met financiering van NWO en ZonMw Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie en met advies van de Wetenschappelijke Adviesraad van de Corona Gedragsunit van het RIVM.

Naast dit onderzoek wordt er ook op andere manieren onderzoek uitgevoerd vanuit de Gedragsunit van het RIVM om ook meer inzicht te krijgen in bevolkingsgroepen die niet of in mindere mate meedoen aan deze vragenlijsten.

Deelnemers van het onderzoek

Aan de tweede ronde van dit onderzoek hebben in totaal 59.251 mensen meegedaan van 16 jaar en ouder. Deze deelnemers hadden ook meegedaan aan de eerste ronde. De samenstelling van de deelnemersgroep is vergelijkbaar met alle deelnemers uit de eerste ronde.

Ten opzichte van de bevolking in Nederland zijn er onder de deelnemers meer vrouwen (62%) en minder mensen onder de 25 jaar (2%). Er deden relatief weinig mensen mee die niet geboren zijn in Nederland (4%). Mensen met een hoog opleidingsniveau waren oververtegenwoordigd (61%).

Van de deelnemers woont 19% alleen en heeft 30% thuiswonende kinderen jonger dan 18 jaar. 62% van de deelnemers heeft betaald werk of is ZZP'er (Zelfstandige zonder personeel), 28% is met pensioen en 2% is werkzoekend.

De resultaten zijn niet zomaar te vertalen naar de totale bevolking van Nederland. Ze geven wel een indicatie.

Zie ook

- Onderzoek naar het nieuwe coronavirus in Nederland

Meer informatie

info@rivm.nl

Nieuws

287832

Reactie op voorstel narratieven

Door: RIVM Corona Gedragsunit - Werkpakket 8: Communicatie

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)

Kenmerk 08.05 | 11-05-2020

10 narratieven in het kader van de Alleen-Samen campagne.

Uitgangspunten:

- Handelingsperspectief te geven (goed voorbeeld doet goed volgen)
- De vindingrijkheid in de samenleving te laten zien
- Mensen helpen om te gaan met de beperkingen en (nieuwe) mogelijkheden
- Perspectief bieden (we gaan een stapje vooruit)
- Mensen aan te zetten om praktische oplossingen te vinden (met duidelijke kaders)

Reactie: Deze uitgangspunten sluiten mooi aan bij het geleidelijk terugkeren naar het "nieuwe normaal". De mensen zijn zelf eigenaar van hun oplossingen. Het tonen van goede voorbeelden kan helpen in het naleven van de bekende gedragsregels (hoe hou ik afstand op mijn werk, bij de kapper, in de supermarkt). Dit helpt in het zetten van een overkoepelende sociale norm.

Centrale vraag: *Hoe vul jij het in?*
Goed om meerdere segmenten van de samenleving in kaart te brengen en te laten zien hoe deze groepen invulling geven aan de beperkingen en de vindingrijkheid m.b.t. de maatregelen.

Advies: Binnen deze narratieven is het wenselijk om een centraal aspect/gedrag uit te lichten, wat willen we bereiken binnen dit segment? Huisarts → voorkomen zorgmijding en Ramadan → invulling sociale aspecten van de Iftar.

Breedte onderwerpen narratieven:
De onderwerpen zijn vaak gericht op het culturele segment (4. Museum, 6. ZZP'er - filmmaker, 7. Acteur, 10. Biosscoop/filmtheater). De campagne kan breder worden ingezet door ook andere segmenten van de samenleving te benaderen (bouwbedrijf, leefstijlcoach/groepstherapie, huiswerkbegeleiding, bootcamp, cafe/restaurant, vakantiegangers, dierentuin).

Algemeen advies:

- Per narratief: een concreet doel van de boodschap. Wat willen we hiermee bereiken? (sociale steun, communicatie nieuwe richtlijnen, informatie over segment?)
- Per narratief: wie is de doelgroep? De communicerende partij of de ontvangende partij (bioscoopklant, de kinderen die weer mogen sporten)?
- Welk gedrag spreken we aan? Welk probleem willen we oplossen per narratief?

De mantelzorger |

Drie tips van een mantelzorger voor collega-mantelzorgers over hoe je dat goed doet in tijden van corona en hoe je eventueel extra hulp en ondersteuning organiseert.

Doel: Communiceren van tips voor mantelzorgers
Doelgroep: Mantelzorgers
Advies: Erken de persoonlijke emoties van de mantelzorger (angst, stress) en de ontvanger (eenzaamheid, angst). Geef aan dat er erkenning is voor hun werk en dankbaarheid vanuit de samenleving. Laat zien hoe de mantelzorger met creativiteit en vindingrijkheid zelf goede oplossingen heeft bedacht om om te gaan met de nieuwe situatie binnen de gestelde regels. Besteed niet alleen aandacht aan hoe het werk van de mantelzorger het best ingericht kan worden, maar hoe de mantelzorger zelf ook psychologisch gezond blijft.

Vragen n.a.v. narratief:
- Welke boodschap wil je communiceren? (erkenning belasting, advies mantelzorg, gedragsregels)
- Waar gaan de tips over? (eigen welzijn mantelzorger, concrete tips afstand houden bij verzorging, organiseren van extra hulp/ondersteuning)

Selectie onderwerpen model relevant voor casus:
- **1c: Sociale barrières en self-efficacy**
  - Positieve opvattingen van anderen over preventiegedrag
  - Observeerbaar preventiegedrag van anderen zoals zij.
- **2b: Zelfregulatie:**
  - Zelf oplossingen bedenken voor behalen gedrag
  - Belonen van getoond gedrag
- **2d: Capaciteit**
  - Psychologische en fysieke capaciteit om gedrag vol te houden kost moeite. Door stress, vermoeidheid en uitputting kunnen mentale reserves beperkt zijn. Zelf gezond blijven van groot belang.
- **2^{e}: Omgeving en sociale invloeden**
  - Incentives voor een sociaal en fysiek ondersteunende omgeving. Door triggers te plaatsen in de omgeving

De huisarts |

Rondleiding door de wachtkamer en spreekkamer om te laten zien dat de eerstelijnszorg klaar is voor alle klachten waarmee je normaal ook naar het spreekuur zou gaan.

Doel: Patiënten informeren over veiligheid eerstelijnszorg
Doelgroep: Patiënten
Advies: een bericht komt goed aan als de boodschap wordt gecommuniceerd door iemand waar de patiënt zich mee kan identificeren. Bijvoorbeeld een patiënt die eerder obstakels zag (angst voor besmetting in de wachtkamer) maar nu ervaring heeft opgedaan met de maatregelen bij de huisarts en heeft gerealiseerd dat de aanpak veilig is en er geen risico meer is. OF de patiënt dacht dat zijn probleem niet zo heel groot was, toch heeft gebeld en door zijn aanpak gezondheidsschade heeft voorkomen.
Geef ruimte voor erkenning emotie van de patiënt (angst voor besmetting, anderen hebben de zorg nu meer nodig dan ik). Huisarts kan helpen in de bevestiging dat wel gaan inderdaad het juiste besluit was (veiligheid omgeving / gezondheidsrisico's). Voorbeeld geven hoe de (eerstelijns)zorg anders is dan normaal maar wel veilig.

Vragen n.a.v. narratief:

- Wat is de boodschap die je wil communiceren?
- Wat is de reden van de zorgmijding?
  - 1. Angst voor besmetting
  - 2. Anderen hebben de zorg harder nodig dan ik
- Recente campagne FMS-NHG-LHV 'Patiënt kom naar je (huis)arts'
  https://www.skipr.nl/nieuws/campagne-fms-nhg-en-lhv-patient-kom-naar-je-huisarts/

Selectie onderwerpen model relevant voor casus:

- **1a: Risicoinschatting:**
  - Hoe groot is het risico om ziek te worden bij de huisarts vs problemen die je kan voorkomen door naar de arts te gaan?
  - Kan worden verlaagd door te laten zien dat de omgeving veilig is
- **1c: Effectiviteit response**
  - Geloof dat advies opvolgen helpt om risico te voorkomen (arts)
- **1c: Sociale barrières en self-efficacy**
  - Positieve opvattingen van anderen over preventiegedrag (afspraak maken helpt)
  - Observeerbaar gedrag van anderen zoals zij (patiënten die ook de arts bellen)

De meester / juf |

Basisschool leerkracht filmt zichzelf en haar klas op de laatste dag van thuisonderwijs en de eerste dag weer op school. Vreugde over weer naar school gaan, maar ook de uitdagingen langs laten komen van wat dat praktisch betekent voor leraren, ouders en kinderen.

Doel: Onbekend
Doelgroep: Leraren, ouders, kinderen
Advies: Voor het opstellen van het advies is meer informatie nodig over het doel, de communicatieboodschap en het gewenste effect van de campagne.

Vragen n.a.v. narratief:

- Wat is de boodschap die je wil communiceren?
    - Advies inrichten scholen / tips over afstandsregels op school (leraren)
    - Het is veilig om kinderen naar school te laten gaan (ouders)
    - Gezamenlijke aanpak van belang: alle spelers zijn belangrijk in het goed verlopen van terug naar school.
    - Perspectief bieden? Dit is de eerste stap, uitzicht op verbetering.
- Welke doelgroep is hier het meest belangrijk?
- Welk gedrag wil je hier mee aanboren?

Het museum |

Met de directeur van Panorama Mesdag kijken we mee hoe ze haar museum weer klaar maakt om bezoekers te ontvangen vanaf 1 juni. Idealiter met het moment dat de eerste bezoekers binnen komen daarbij.

Doel:
Doelgroep: Bezoekers musea (?)
Advies: Is het narratief gericht op museumhouders (hoe richt ik mijn omgeving veilig in?) of is het narratief gericht op de bezoekers (vanaf 1 juni mag ik weer, maar hoe vermijd ik drukte in het museum)? Voor het opstellen van het advies is meer informatie nodig over het doel, de communicatieboodschap en het gewenste effect van de campagne.

Vragen n.a.v. narratief:

- Wat is de boodschap die je wil communiceren?
- Welke doelgroep is hier het meest belangrijk?
- Welk gedrag wil je hier mee aanboren?
- Is het doel om de kunstsector te steunen en bezoekers te informeren over de veilige opening van de musea?

De voetbaltrainer |

De kinderen mogen alweer trainen, binnenkort de gehele jeugd en de volwassenen ook. Tegelijkertijd zijn wedstrijden nog uit den boze en moet je een plan hebben voor halen en brengen, de kantine, etc. Hoe doet dorpsclub DRC uit Durgerdam dat?

Doel: Advies opening buitensport / tonen effectiviteit van creativiteit verenigingen / samen leren sportverenigingen
Doelgroep: Buitensportverenigingen / ouders van kinderen bij de sport
Advies:
Welke boodschap binnen de bovenstaande gedragingen wil je belichten? Tonen van de effectiviteit van de maatregelen en hoe effectief dit werkt binnen de sport ter inspiratie voor andere verenigingen?
Het tonen van positieve voorbeelden van vergelijkbare anderen verhoogt de Self-efficacy (geloof dat jij het gewenste gedrag ook kan uitvoeren). Tips over een ondersteunende sociale omgeving (pijlen op de grond voor in- uitgang) helpen om het gedrag makkelijker vol te houden en kan bijdragen aan een sociale norm. Benadruk het algemeen belang – iedereen helpt mee om de kinderen weer aan het sporten te krijgen.

Vragen n.a.v. narratief:

- Wat is de boodschap die je wil communiceren?
- Welk gedrag wil je aanmoedigen?
- Wie is de doelgroep? (verenigingen/trainers of (ouders van) sporters/ iedereen met sportvereniging te maken heeft)

Selectie onderwerpen model relevant voor casus:

- **1b: Effectiviteit response**
  - Ik kan bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van kinderen door de adviezen op te volgen.
  - Als we ons samen aan de regels van de vereniging houden dan zorgen we ervoor dat iedereen veilig en gezond blijft.
- **1c: Sociale barrières en self-efficacy**
  - Vereniging: andere verenigingen hebben het ook voor elkaar gekregen, bij mij kan het dus ook lukken (observeerbaar gedrag van anderen zoals zij).
  - Positieve opvattingen van anderen over preventiegedrag (goed dat zij de kantine zo hebben ingericht, bevestiging sociale norm)
- **2a: Motieven tot volhouden:**
  - Ouder: ik volg alle regels van de vereniging op omdat ik het belangrijk vind dat alle kinderen lekker kunnen sporten
  - Tevreden met uitkomsten gedrag: aan de regels houden leidt tot heerlijk te kunnen sporten!

1. **De ZZP'er** | voor filmmaker Daan trekt het werk langzaam weer aan. Maar de maatregelen hebben nog steeds effect op hoe dicht hij de mensen in zijn films op de huid kan komen. Eventuele alternatieven zijn: een schilder of een timmerman.
Advies: om de narratieven in te laten spelen op een breder segment is een schilder/timmerman/leefstijlcoach/

2. **De acteur** | het theaterleven lag helemaal stil, maar het acteren niet. Acteur Minne Koole ging over op acteerlessen geven via het beeldscherm. Vanaf 1 juni mag het theater weer open, maar nog wel in het heel klein. Wat kan er wel? Wat gaat hij als eerste weer op de planken brengen? Mee naar een eerste echte repetitie weer.

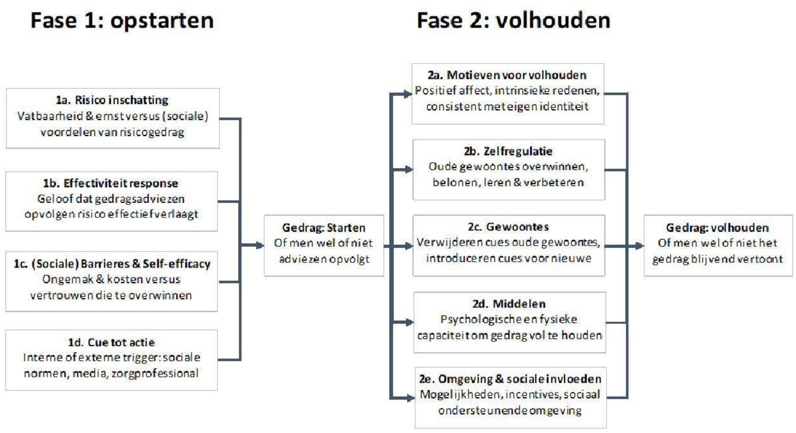
3. **De kapper** | Ze gaan weer open en we zijn er allemaal aan toe. Hoe vullen de eigenaar en de kappers het in in hun kleine zaak? Ze laten tussen elke stoel een lege stoel staan, beperken de wachtruimte en ontsmetten steeds de stoel.

4. **De MBO'er** | tot voor kort ontvingen ook mbo'ers onderwijs op afstand. Nu het beter gaat met het controleren van het virus mogen ook de praktijkexamens door gaan. Hoe gaat dit praktisch in z'n werk? En hoe hebben de mbo'ers het thuisscholen ervaren?

5. **De bioscoop** | Katrien Lamers, directeur van filmtheater de Filmfabriek in Zaandam, geeft een tour door de bioscoop. Wat blijft er hetzelfde en wat zal anders zijn? Hoe bestel je een drankje of koop je je kaartje? Blijft de filmervaring hetzelfde?

287832

Kader Preventiegedrag Corona (Health Belief Model en theorieën gedragsbehoud)



Literatuur:

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). Health behavior: *Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review, 10(3), 277-296.* https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372

Phalet, K., Mesquita, B. (2020). Hoe verder na de lockdown? Aanbevelingen vanuit de sociale psychologie. In press.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55, 68-78.

Feedback n.a.v. Creatieve uiting 'Corona fase 4'

Door: RIVM Corona Gedragsunit - Werkpakket 8: Communicatie

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

Kenmerk 08.06 | 12-05-2020

Allereerst bieden we feedback op basis van de creatieve uiting 'Corona fase 4'. Vervolgens bieden we een checklist die als hulpmiddel kan dienen bij het aanpassen van de creatieve uitingen, zodat geen belangrijk aspect uit de debrief (en onze feedback daarop) over het hoofd gezien kan worden bij het realiseren van de hernieuwde uiting.

Positief:

- Duidelijke campagne onder paraplu van 'Alleen Samen'
- 2 van de 3 hernieuwde kernmaatregelen - houd 1.5 m afstand & vermijd drukte - worden goed benadrukt
- 3 van de 4 campagnepijlers van 'Alleen Samen' komen duidelijk terug in de uiting:
  - Nut van de maatregelen versterken
  - Goed voorbeeld doet goed volgen
  - Saamhorigheid versterken
- Het benadrukken van de collectiviteit is heel sterk
- Sterke mate van diversiteit zichtbaar in de uitingen, zodat iedereen (doelgroep is alle mensen in Nederland) zich waarschijnlijk aangesproken voelt
- Toon is positief en hoopvol
- Focus ligt duidelijk op wat er *kan*, en niet op wat er *moet*
- Uiting biedt duidelijk perspectief; er gaan weer deuren open
- Heldere, eenvoudige taal wordt gebruikt zodat ook laagopgeleiden en laaggeletterden de boodschap kunnen begrijpen

Waar is verbetering mogelijk:

- 1 van de 3 hernieuwde kernmaatregelen, 'thuiswerken waar mogelijk', zoals ook benoemd in debrief, komt nog nergens terug.
- 1 van de 4 campagnepijlers van 'Alleen Samen' komt nog niet terug in de uiting: Empathie tonen. In de debrief lijkt dit een belangrijk speerpunt te zijn. Er lijkt nog geen extra aandacht te zijn voor mensen die het moeilijk hebben in deze crisis: kwetsbare groepen (ouderen, laaggeletterden), mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting voor hun sector. We missen aandacht en empathie voor deze doelgroep.
- Negatieve emoties, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan middels copingstrategieën (hulp vragen, steun zoeken, relativeren, enz), worden nog niet weergegeven.
- Het 'waarom' van de maatregelen, zodat burgers in diverse complexe contexten zelf verstandige afwegingen kunnen maken, is nog niet zichtbaar.
- Heldere uitleg over de 1,5 m samenleving is gewenst, zodat we mensen eigenaarschap kunnen bieden zodat ze zelf op een verantwoorde manier invulling kunnen geven aan de 1,5 m samenleving. Ook mag dit eigenaarschap worden benadrukt.

- Een feedback boodschap mist, zoals 'goed gedaan tot dus toe'. Dit versterkt de motivatie om vol te houden.
- Perspectief bieden is belangrijk, echter is ons advies te blijven benadrukken dat we er nog niet zijn; er zijn nog risico's aanwezig.

Feedback TVC 4a:

- Het "dankjewel" na het opzij stappen voor de dame met rollator bevestigt de sociale norm.
- 'Samen sporten' (voetbal, hockey, tennis, jeu de boules); voetbal en hockey is normaliter niet op 1,5 m afstand. Voorstel is om die eruit te halen.
- 'Samen naar de echo' wordt waarschijnlijk anders ingevuld dan hier getoond. Hier wordt namelijk geen 1,5 m afstand gehouden tussen de man en de echoscopist. Die hoeven geen direct contact te hebben. Daarnaast oogt dit plaatje niet realistisch (erg dikke buik voor eerste echo).
- 'Samen autorijden' heeft minder sterke boodschap dan samen sporten (goed voor gezondheid, op 1.5m afstand), naar de kapper (fysieke verzorging maar met strakke regels), naar de echo (belang van voortzetten gezondheidszorg). Autorijden mag wel weer, maar hier kan niet een creatieve oplossing voor worden aangedragen (eigenaarschap van creatieve oplossingen in nieuwe samenleving) en afstand houden is hierbij niet mogelijk.

Checklist bij evalueren uitingen Corona fase 4:

- Voldoet de uiting aan het communicatiedoel: Alle mensen in Nederland leven de maatregelen na en blijven dat doen?
- Zijn de campagnedoelstellingen bereikt?
  - Iedereen vindt het belangrijk om de geldende maatregelen op te (blijven) volgen om zichzelf en anderen te beschermen
  - Iedereen maakt afspraken met zijn omgeving om de 1,5 meter samenleving in te vullen en houdt zich aan de afspraken.
- Komt de focus van fase 1 (hernieuwd onder de aandacht brengen van de vernieuwde maatregelen) in deze uiting duidelijk naar voren?
- Is het beoogde gedrag helder in de uitingen?
  - Houd 1,5 m afstand
  - Vermijd drukte
  - Werk zoveel mogelijk thuis
- Krijgen mensen grip op het 'waarom' van de maatregelen (achterliggende rationale) zodat ze in diverse, complexe contexten zelf verstandige afwegingen kunnen maken?
- Is er een heldere uitleg over de 1,5 m samenleving (zodat ze er zelf invulling aan kunnen geven)?
- Komen de 4 campagnepijlers van 'Alleen Samen' duidelijk terug in de uiting?
  - Nut van de maatregelen versterken
  - Goed voorbeeld doet goed volgen
  - Saamhorigheid versterken
  - Empathie tonen
- Komt er een grote mate van diversiteit terug in de uitingen, zodat iedereen (doelgroep is alle mensen in Nederland) zich aangesproken voelt?
- Is er extra aandacht voor mensen die het moeilijk hebben in deze crisis?
  - Wordt aan deze specifieke doelgroep (genoeg) begrip en empathie getoond?
- Is er genoeg aandacht voor emoties die deze periode met zich meebrengt?
- Is de toon positief en hoopvol?
- Is het taalgebruik actief en uitnodigend (niet directief)? Ligt de focus op wat er kán en niet op wat moet?
- Wordt er heldere, eenvoudige taal gebruikt en coronajargon vermeden (zoals anderhalve-meter-samenleving), zodat ook laagopgeleiden en laaggeletterden de boodschap kunnen begrijpen?

Resultaten 2e ronde gedragsonderzoek

Pagina *Resultaten 2e ronde gedragsonderzoek (/resultaten-2e-ronde-gedragsonderzoek)* is bijgewerkt. ×

Nederland is al een tijd in de ban van het nieuwe coronavirus. Om beter te begrijpen hoe mensen denken over de afgekondigde maatregelen, wat hun drijfveren zijn om zich hier aan te houden en wat de impact op mensen is, houden het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst)-GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio) Nederland (in samenwerking met de regionale GGD'en) een groot onderzoek. Het onderzoek gaat over het gedrag van mensen, wat ze vinden van de gedragsmaatregelen van de overheid en hoe het fysiek, mentaal en sociaal met ze gaat in dit coronatijdperk.

Resultaten 2e ronde

Vermijd drukte als nieuwe regel wordt goed ontvangen ()

Vermijd drukte is goed ontvangen als vervanger van blijf thuis. Maar liefst 95% steunt deze nieuwe gedragsregel, tegen 81% steun voor 'blijf zo veel mogelijk thuis' volgens de meting drie weken eerder. Ook het draagvlak voor de hygiënemaatregelen blijft groot, terwijl de regels en adviezen die het sociale leven beperken (zoals, zo min mogelijk bezoek ontvangen) op minder steun rekenen.

Verder lijkt het er op dat de mensen die zelf het meeste risico lopen, zoals 70-plussers en mensen met gezondheidsproblemen, de maatregelen strakker opvolgen en meer geneigd zijn anderen met risico te beschermen.

Dat blijkt uit de gegevens van de tweede ronde van het vragenlijstonderzoek van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en de GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst)'en onder 53.000 mensen. Er worden hier ook resultaten van de eerste r ronde getoond. Deze zijn gebaseerd op de deelnemers die aan beide ronden hebben meegedaan.

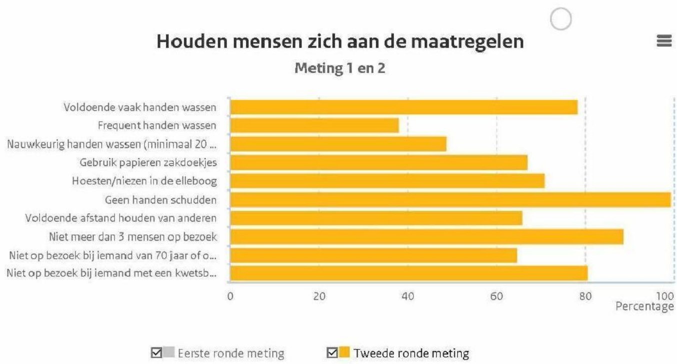
Lukt het mensen om de gedragsregels toe te passen?

Sinds half maart gelden in ons land diverse gedragsregels die erop gericht zijn het aantal contacten met anderen te reduceren (bijvoorbeeld 1,5 meter afstand houden). De regels moeten er verder toe bijdragen dat tijdens contacten met anderen het coronavirus niet wordt overgedragen (hygiënemaatregelen). Als mensen denken dat de gedragsregels helpen om besmettingen van zichzelf of anderen te voorkómen kan dit hun motivatie versterken. Echter, de huidige situatie vraagt ook veel van mensen: ze beperken onze vrijheid en mogelijkheden. Dit kan impact hebben op onze mentale, fysieke, en sociale gezondheid. En op de verwachting hoe lang mensen de maatregelen steunen. Deze inzichten helpen de overheid om burgers beter te kunnen ondersteunen en informeren om de gedragsregels op te blijven volgen.

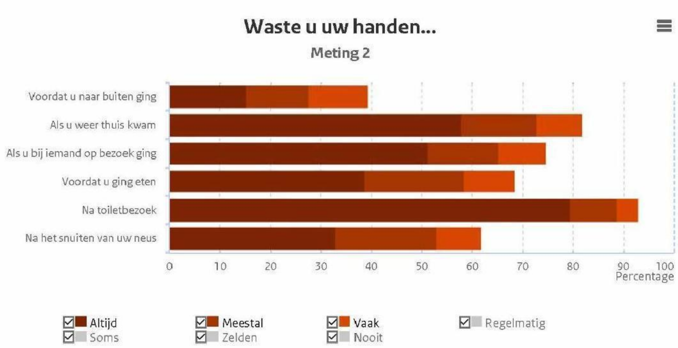
Het onderzoek van RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst)-en laat zien dat het niet meer handen schudden de meest makkelijk na te leven regel is. Ruim 99% zegt geen handen meer te schudden. Daarnaast geeft 89% aan 'niet meer dan 3 mensen op bezoek' te ontvangen. Ook het niet bezoeken van mensen met een kwetsbare gezondheid (81%), het in de elleboog niezen (71%) en het gebruik van papieren zakdoekjes (67%) wordt opgevolgd.

Handen wassen. Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd om in te schatten hoe vaak ze handen wassen in situaties waarin dat moet. Het gemiddeld aantal keren dat het mensen lukt om handen te wassen in situaties waarin dat moet gebeuren is 78%. Echter, als we aan mensen vragen hoe vaak per dag in totaal ze denken dat ze hun handen wassen rapporteert 38% dit vaker dan 10 keer per dag te hebben gedaan. ()Van de situaties waarin er handen wordt gewassen blijkt dat mensen duidelijk de gewoonte hebben om hun handen te wassen na een toiletbezoek: bijna 93% van de mensen geeft aan hun handen vaak tot altijd te wassen. Ruim 80% van de mensen geeft aan vaak tot altijd hun handen te wassen na thuiskomst. De gewoonte is een stuk minder sterk in de andere situaties, zoals na het neus snuiten of bij anderen op bezoek gaan. Vóórdat mensen naar buiten gaan wast 38% van de mensen vaak tot altijd hun handen.

Afstand houden. Uit het onderzoek blijkt dat van alle keren dat mensen in een situatie belanden waarin ze afstand moeten houden, dit in gemiddeld 66% van de gevallen ook lukt. In de vorige meting (ronde 1) was dit nog 71% van de gevallen. Het lijkt erop dat het voor mensen moeilijker wordt om zich aan die 1,5 meter te houden. () Voorbeelden van situaties zijn boodschappen doen, een frisse neus halen, buiten sporten, bezoek bij familie of vrienden. Bij het boodschappen doen rapporteerde 83% van de deelnemers dat mensen soms tot heel vaak te dichtbij kwamen. Bijna 70% gaf aan dat mensen te dichtbij kwamen wanneer zij naar buiten gingen voor werk. Bij het bezoeken van vrienden of familie of bezoek thuis ontvangen is dit respectievelijk 52% en 45%. Dus net als tijdens de vorige meting eind april blijft het lastig om, met name bij het boodschappen doen en buitenshuis werken, 1,5 meter afstand te realiseren.



Waste u uw handen, meting 2 | Waste u uw handen, meting 1



Te dichtbij, meting 2 | Te dichtbij, meting 1





Waarom wel of niet volgen van de gedragsregels?

Het wel of niet volgen van de gedragsregels kan verschillende redenen hebben. Over een aantal van deze mogelijke redenen, hebben we vragen gesteld in dit onderzoek. Met behulp van de resultaten van het onderzoek hopen we hier in de komende weken een beter inzicht in te krijgen. Hieronder staan de resultaten tot nu toe.

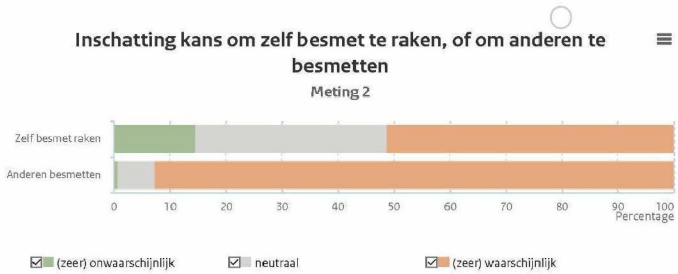
Risico-inschatting

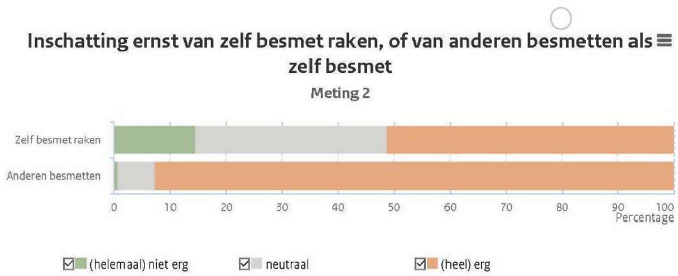
Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd hoe groot zij denken dat de kans is dat ze zelf besmet raken met het coronavirus of anderen ermee besmetten. Ook is gevraagd hoe erg ze dat zouden vinden.

Ruim eenderde geeft aan dat ze het (zeer) onwaarschijnlijk vinden dat ze besmet worden. Ongeveer 13% vindt dit juist (heel) waarschijnlijk. Bij de vorige meting vond 28% van de mensen het (zeer) onwaarschijnlijk om besmet te raken en vond 16% het (zeer) waarschijnlijk. Als ze besmet zouden raken dan vindt 51% dit (heel) erg. Bij de vorige meting was dat ongeveer gelijk (52%).

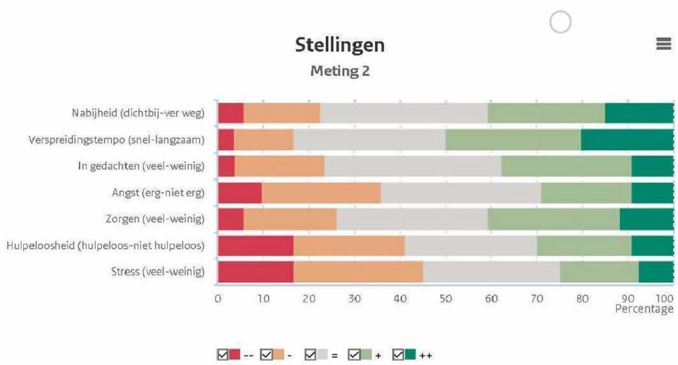
Bijna de helft van de mensen (49%) acht het (zeer) waarschijnlijk dat zij het virus aan anderen doorgeven als ze zelf besmet zouden zijn. Bij de vorige meting was dat 52%. Bijna iedereen (93%) zou het (heel) erg vinden het virus door te geven aan iemand anders (bij de vorige meting was dat 91%).

287835



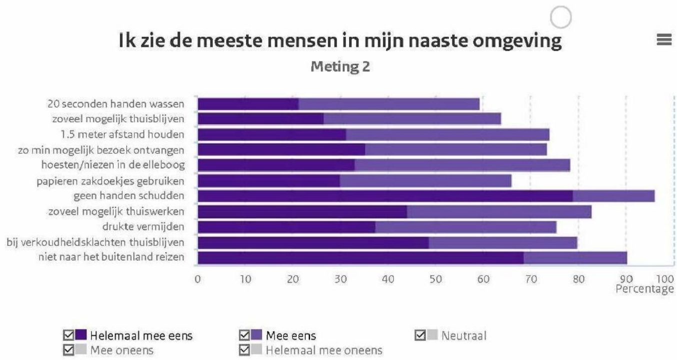


Gevoel bij coronavirus



Wat doen anderen

Om hun eigen gedrag te bepalen kijken mensen naar wat anderen doen. De onderzoeksdeelnemers geven aan dat zij de meeste mensen in hun naaste omgeving geen handen meer zien schudden (96%) en niet naar het buitenland zien reizen (90%). Nog geen 60% van de mensen geeft aan, anderen in hun omgeving 20 seconden te zien handen wassen. Ook zoveel mogelijk thuisblijven (64%) en papieren zakdoekjes gebruiken (66%) lijken we minder om ons heen te zien.

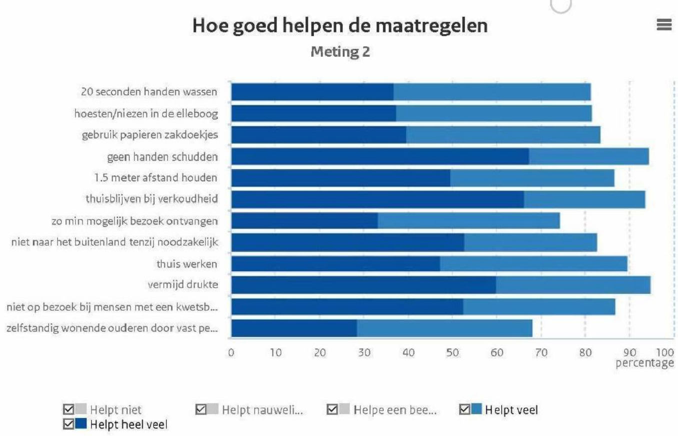


Maatregelen helpen

Aan de onderzoeksdeelnemers is gevraagd hoe goed volgens hen de maatregelen helpen het virus tegen te gaan. Variërend per maatregel geeft 68 tot 95% aan dat de maatregelen (heel) veel helpen. De maatregelen waarvan de meeste mensen aangeven dat deze (heel) veel helpen zijn vermijd drukte, geen handen schudden (beide 95%) en thuisblijven en geen bezoek ontvangen bij verkoudheid (94%). Bij de vorige meting gaven relatief de meeste mensen aan dat de maatregelen om geen handen te schudden (91%) en thuis te blijven en geen bezoek te ontvangen bij verkoudheid (90%) (heel) veel helpen. De maatregel om drukte te vermijden is bij de vorige meting niet aan de onderzoeksdeelnemers voorgelegd.



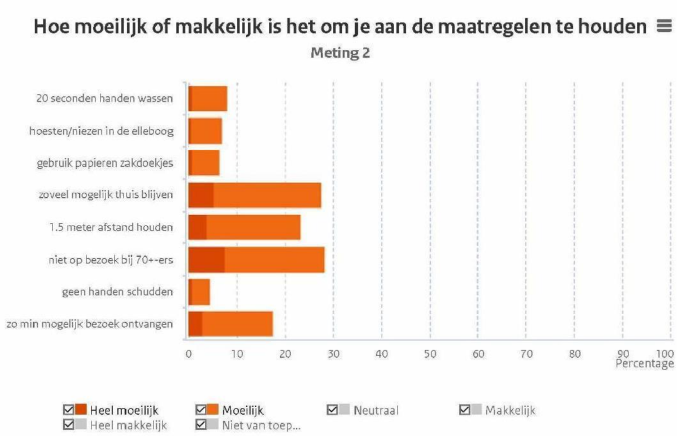
287835



Opvolgen van gedragsregels

Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd hoe moeilijk of makkelijk zij het vinden om zich aan de maatregelen te houden. De maatregelen die door relatief de meeste mensen (heel) moeilijk worden gevonden zijn 'altijd 1,5 meter afstand houden van andere mensen behalve binnen gezin of huishouden' (28% vindt dit (heel) moeilijk) en 'zoveel mogelijk thuis blijven' (26% vindt dit (heel) moeilijk). Bij de vorige meting werd de maatregel om zoveel mogelijk thuis te blijven door een 28% als (heel) moeilijk ervaren. Altijd 1,5 meter afstand houden van andere mensen vond toen een iets kleinere groep (23%) (heel) moeilijk. Niet naar het buitenland te reizen of drukte te vermijden wordt door 10% van de deelnemers als (heel moeilijk) ervaren. De maatregel die door relatief de grootste groep onderzoeksdeelnemers (93%) (heel) makkelijk wordt gevonden is 'geen handen schudden'. Bij de vorige meting was dit ook de maatregel die door de relatief grootste groep (heel) makkelijk werd gevonden; het ging toen om 90% van de onderzoeksdeelnemers.

Hoe moeilijk of makkelijk meting 2 | Hoe moeilijk of makkelijk meting 1



287835

Gezond zijn en gezond gedrag

Welbevinden

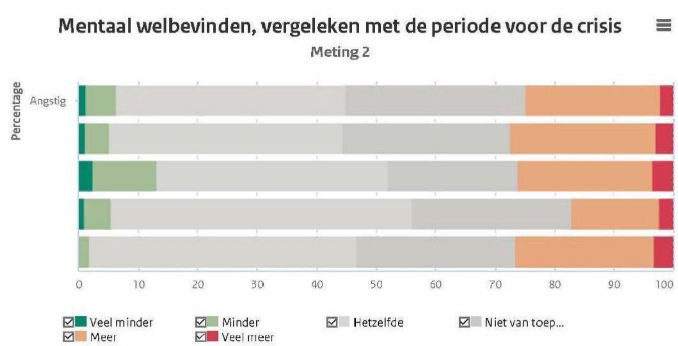
Het besef dat men risico loopt en dat de maatregelen helpen om dit risico te verkleinen, kan mensen motiveren de maatregelen op te volgen. Door de coronacrisis worden ook vrijheid en mogelijkheden beperkt en mensen kunnen angstig zijn. Dit kan invloed hebben op onze mentale, fysieke, en sociale gezondheid. Als mensen negatieve gevolgen van de coronacrisis wijten aan de maatregelen, kan dat demotiverend werken.

De deelnemers geven hun leven op het moment van invullen van de vragenlijst een score van 7,2 op () een schaal van 1-10. Bij de eerste meting gaven deze deelnemers hun leven een score van 7,0.

Aan de onderzoeksdeelnemers is een aantal stellingen voorgelegd om eenzaamheid te meten zoals 'Ik ervaar een leegte om me heen', 'Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen' en 'Ik heb veel mensen op wie ik helemaal kan vertrouwen'. Deze konden zij beantwoorden met 'Ja', 'Min of meer' of 'Nee'. Uit de resultaten blijkt dat 35% van de deelnemers niet eenzaam is. Ongeveer de helft (51%) is enigszins eenzaam.

Op de directe vraag in hoeverre men zich voelt ten opzichte van de periode vóór de corona-coronamaatregelen geven bijna 25% van de mensen zich (veel) angstiger dan in de periode voor de coronamaatregelen. Bij de vorige meting gold dat voor bijna 38% van de mensen. Ook de groep die zich (veel) somberder voelt (28%) en de groep die aangeeft (veel) meer gestrest te zijn (26%) dan in de periode voor de coronamaatregelen is kleiner dan bij de vorige meting (toen was het 32% voor beide groepen). Ruim 17% heeft (veel) meer problemen met slapen. Bij de vorige meting was deze groep ongeveer even groot (19%) voor eenzaamheid is dit percentage 27%. Dus vergeleken met de eerste meting zijn de percentages mensen dat aangeeft zich (veel) somberder, gestreste en angstiger te voelen en het percentage dat (veel) meer problemen met slapen ervaart lager dan voor de invoering van de coronamaatregelen.

verandering mentaal welzijn, meting 2 | verandering mentaal welzijn, meting 1



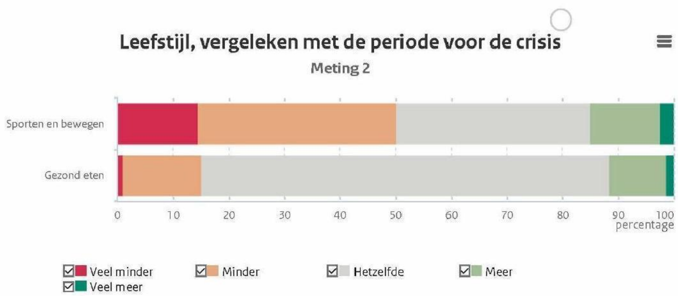
Leefstijl

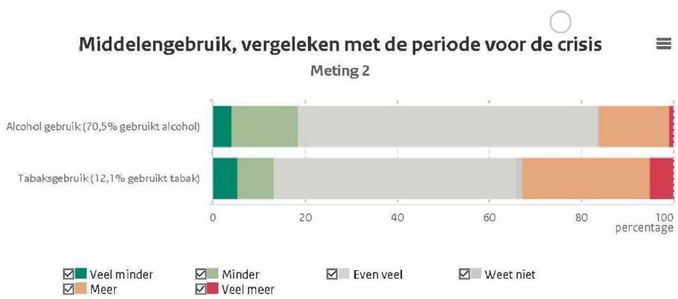
Een gezonde leefstijl helpt om mentaal, fysiek en sociaal gezond te blijven, ook in coronatijd. Het gaat hierbij onder andere om sporten, bewegen en gezond eten. Een toename in gebruik van middelen zoals alcohol en tabak kan invloed hebben op stemming en op kwaliteit van de slaap.

Bijna de helft van de mensen beweegt en sport minder, vergeleken met de periode voor de coronamaatregelen. Dat is een iets kleinere groep dan bij de vorige meting. Toen gaf nog iets meer dan de helft (53%) van de mensen aan (veel) minder te sporten.

287835

De groep die (veel) minder gezond eet is ruim 15%. Vergeleken met de periode voor de coronamaatregelen, gebruikt 12% van de mensen (veel) meer alcohol. Het gebruik van tabak is voor 4% van de mensen (veel) meer dan voor de maatregelen. Bij de vorige meting waren deze groepen iets kleiner van omvang. Toen gaf iets minder dan 15% aan (veel) minder gezond te eten, bijna 10% gebruikte toen (veel) meer alcohol en ongeveer 3% (veel) meer tabak.





Vertrouwen in de Nederlandse aanpak

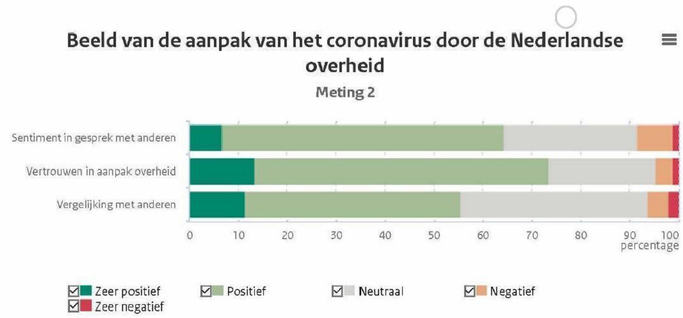
Sociale omgeving

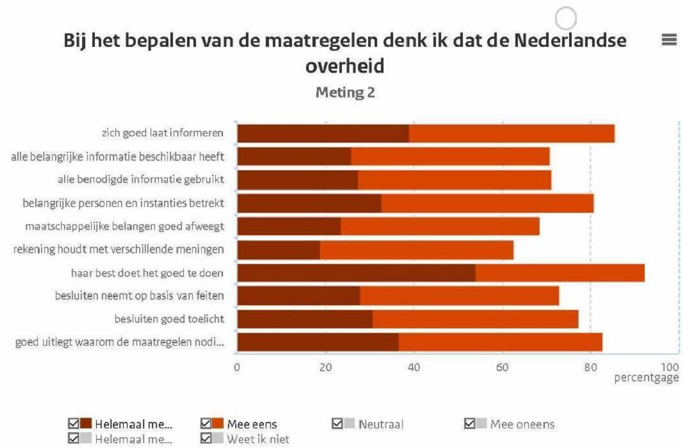
De mensen om ons heen kunnen veel invloed hebben op het beeld dat we vormen van de maatregelen. Net als bij de vorige meting praat 95% van de mensen wekelijks met anderen over de Nederlandse aanpak van de coronacrisis. Hoe vaak mensen in een week over de aanpak praten is afgenomen. Ongeveer 46% van de mensen geeft aan bijna dagelijks tot meerdere keren per dag met anderen te spreken over de Nederlandse aanpak van de coronacrisis. Zo'n 64% van ondervraagden geeft aan dat de gesprekken (zeer) positief waren en 9% vond de gesprekken (zeer) negatief (gegevens staan niet in een figuur).

Er lijkt een groot vertrouwen in de manier waarop de Nederlandse overheid probeert het Coronavirus onder controle te houden: 73% heeft (veel) vertrouwen, 5% (helemaal) geen vertrouwen. In vergelijking met andere landen doet Nederland het volgens de respondenten dan ook (veel) beter (55%), terwijl een kleinere groep het beleid als (veel) slechter scoort (6%).

Aan de respondenten is een aantal stellingen voorgelegd die gaan over de beslissingen van de overheid tav coronomaatregelen. De uitspraak dat de Nederlandse overheid haar best doet het goede te doen, krijgt de meeste steun (92% is het er (helemaal) mee eens). De minste steun krijgt de stelling dat de Nederlandse overheid rekening houdt met verschillende meningen van mensen (63%).

287835



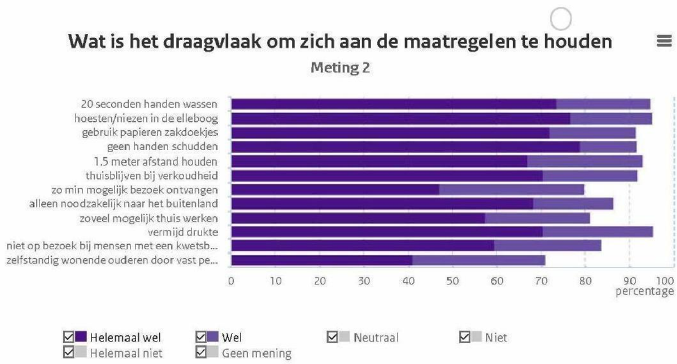


Draagvlak voor de maatregelen

We hebben het draagvlak uitgevraagd voor maatregelen zoals die de eerste weken van mei 2020 van kracht waren ten tijde dat de vragenlijst uitstond.

Het draagvlak voor de verschillende maatregelen is hoog. Voor elke maatregel geldt dat een ruime meerderheid van de respondenten achter de maatregel staat. Variërend per maatregel staat 71 tot 95 ()% van de deelnemers erachter. Ruim 90 tot 95% geeft aan achter de hygiënemaatregelen, zoals 20 seconden handen wassen en geen handen schudden te staan. Maatregelen zoals vermijd drukte, thuisblijven bij verkoudheid en 1,5 meter afstand houden kunnen ook op grote steun rekenen. Minder draagvlak is er voor maatregelen die sociale contacten inperken zoals zelfstandig wonende ouderen door een of twee vaste personen laten bezoeken en zo min mogelijk bezoek ontvangen, respectievelijk 71 en 80%. Voor de meeste maatregelen is het draagvlak de afgelopen weken gelijk gebleven of toegenomen. Voor de maatregel om zo min mogelijk bezoek te ontvangen (maximaal 3 bezoekers) en daarbij 1,5 meter afstand tot elkaar te houden is het draagvlak afgenomen.



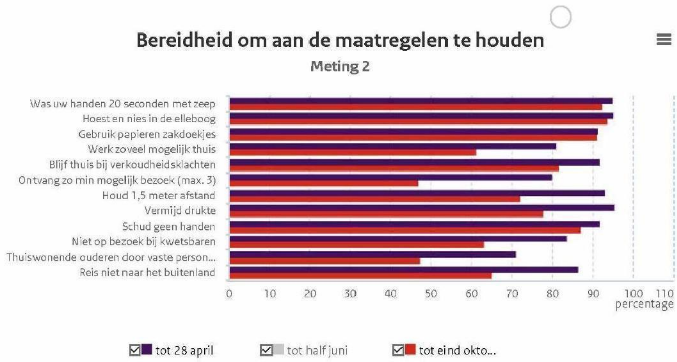


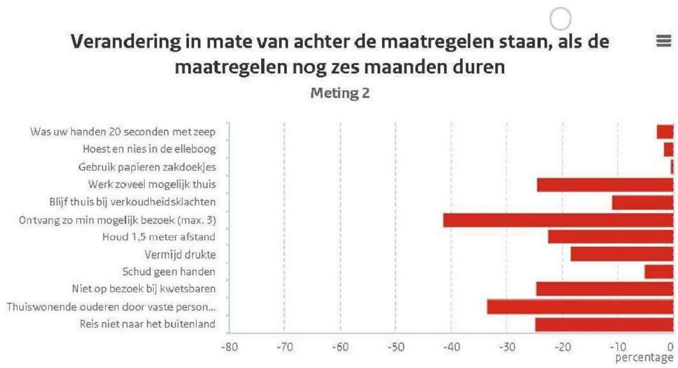
Wat als de maatregelen langer gaan duren

In de vragenlijst is het draagvlak voor de maatregelen ook uitgevraagd als de maatregelen nog zes weken of zes maanden zouden duren. Dit geeft de mate weer waarin mensen zichzelf de maatregelen nog voor langere tijd zien volhouden.

Als de maatregelen langer duren, denken mensen het moeilijker vol te zullen houden. Mensen geven aan dat vooral zo min mogelijk bezoek ontvangen en zelfstandig wonende ouderen (70-plus) slechts door één of twee vaste personen te bezoeken, moeilijker gaat worden. De mate waarin mensen achter de maatregelen staan, neemt af als de maatregelen nog zes weken zouden duren en nemen verder af als ze nog zes maanden zouden duren.

Mensen blijven onverminderd achter de hygiëne maatregelen staan, ook als die nog zes maanden zouden duren. Het draagvlak voor de andere maatregelen neemt enigszins af als die met zes weken verlengd zouden worden. Als ze met zes maanden verlengd zouden worden, is er een flinke afname. De sterkste procentuele daling is te zien bij de maatregel om zo min mogelijk bezoek te ontvangen: ruim 40% afname in het aantal mensen dat (helemaal) achter de maatregelen staat. Het draagvlak voor het bezoeken van thuiswonende ouderen met een of twee aangewezen personen neemt af met 33%. ()





Hoe is het onderzoek uitgevoerd?

Om beter inzicht te krijgen in de invloed van de maatregelen op het dagelijks leven en de mate waarin het lukt om de gedragsregels op te volgen is het samen met GGD (Gemeentelijke Gezondheidsdienst)-en een vragenlijstonderzoek gestart. Dit onderzoek vindt iedere twee weken plaats. Van 17 april tot en met 24 april 2020 is samen met 21 GGD-en en via (social) media in heel Nederland bekendheid gegeven aan het onderzoek. Van 7 mei tot en met 12 mei is de 2e meting uitgevoerd. De 3e meting zal eind mei plaatsvinden. . Om de vragenlijst kort te houden, hebben niet alle deelnemers alle vragen over de andere onderwerpen.

Dit onderzoek is tot stand gekomen met financiering van NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek) en ZonMw (Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie en met advies van de Wetenschappelijke Adviesraad (https://www.rivm.nl/onderzoek/gedrag/wetenschappelijke-adviesraad-corona-gedragsunit) van de Corona Gedragsunit van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). Naast dit onderzoek wordt er ook op andere manieren onderzoek (https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag) uitgevoerd vanuit de Gedragsunit van het RIVM om ook meer inzicht te krijgen in bevolkingsgroepen die niet of in mindere mate meedoen aan deze vragenlijsten.

Deelnemers van het onderzoek

Aan de tweede ronde van dit onderzoek hebben in totaal 59.251 mensen meegedaan van 16 jaar en ouder. Deze deelnemers hadden ook meegedaan aan de eerste ronde. De samenstelling van de deelnemersgroep is vergelijkbaar met alle deelnemers uit de eerste ronde.

Ten opzichte van de bevolking in Nederland zijn er onder de deelnemers meer vrouwen (62%) en minder mensen onder de 25 jaar (2%). Er deden relatief weinig mensen mee die niet geboren zijn in Nederland (4%). Mensen met een hoog opleidingsniveau waren oververtegenwoordigd (61%).

Van de deelnemers woont 19% alleen en heeft 30% thuiswonende kinderen jonger dan 18 jaar. 62% van de deelnemers heeft betaald werk of is ZZP (Zelfstandige zonder personeel)'er (Zelfstandige zonder personeel), 28% is met pensioen en 2% is werkzoekend.

De resultaten zijn niet zomaar te vertalen naar de totale bevolking van Nederland. Ze geven wel een indicatie.

Zie ook

- Onderzoek naar het nieuwe coronavirus in Nederland (/coronavirus-covid-19/onderzoek)

Meer informatie

info@rivm.nl ((10)(2e) @rivm.nl)

Nieuws

- De 1,5 meter maatschappij is een lastige opgave (7 mei) (/nieuws/1%2C5-meter-maatschappij-lastige-opgave)
- Inzicht in gedrag van mensen bij bestrijding van het nieuwe coronavirus (17 april) (/nieuws/inzicht-in-gedrag-van-mensen-bij-bestrijding-van-nieuwe-coronavirus)

Privacyverklaring

Privacy verklaring onderzoek gedragsunit (/documenten/privacy-verklaring-onderzoek-gedragsunit)
PDF | 129,25 KB

287837

Feedback op debrief verkorte strategie campagne 3hb

Door: RIVM Corona Gedragsunit - Werkpakket 8: Communicatie

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

Kenmerk 08.04 | 11-05-2020

High-over feedback

- Heel goed om nut van de maatregelen in de eerste fase hernieuwd onder de aandacht te brengen. Wat ons echter opvalt is dat daar nu vooral de nadruk ligt op 'wat' en 'hoe dan'. Beiden inderdaad heel relevant, maar het is in deze fase van de crisis minstens zo belangrijk dat mensen beter grip krijgen op het 'waarom' van de maatregelen. Dat ze vertrouwd raken met de verschillende ingrediënten van de 1,5 meter samenleving. Goed snappen wat de achterliggende rationale is per maatregel ('waar is 20 seconden, nauwgezet handenwassen nou precies goed voor? Waarom niet 15 seconden?), zodat ze in diverse, complexe contexten zelf verstandige afwegingen kunnen maken.
- Je wil mensen steeds meer 'expert' maken. Dus niet dat ze alleen maar als een beginner simpel de richtlijnen mogen volgen uit een kookboekje, maar dat ze als een amateur OMT zelf creatief kunnen koken met de ingrediënten.
- Kortom: om ook echt mede veilig vorm te kunnen geven aan de 1.5 meter samenleving hebben mensen meer nodig dan richtlijnen en goede voorbeelden. Ze moeten de kans krijgen om de essentiële componenten/pijlers van waaruit de 1,5 meter samenleving veilig wordt vormgegeven ook echt te kunnen doorgronden. Zeker nu we gaan afschalen en alles steeds diffuser wordt.
- Net als dat je snapt dat je niet veel zout/suiker in je eten moet doen (slecht voor je) of waarom een ei een kooktijd heeft van maximaal 6 minuten (anders veel te hard en dat is niet lekker), wil je mensen in staat stellen zelf goede inschattingen te maken in hun eigen privésituatie. Er moet een soort schijf van vijf komen voor de 1,5 meter samenleving met heldere uitleg. Je wil meer zijn dan een Allerhande met paar vaste recepten en mooie foto's, je wil ook dat mensen met dezelfde ingrediënten andere, gezonde maaltijden kunnen klaarmaken.
    - Waarom 1.5 meter en niet 1 of 2 meter? Wat gaat er dan fout?
    - Waarom maar drie personen op bezoek en niet 2 of 4? Welke risico's lopen we dan?
    - Waarom een mondmasker in het OV en niet in de supermarkt? Waarom is het een gevaarlijker dan het andere?
    - Wanneer wel op bezoek bij mijn 70+ ouders? Is er een vorm waarin dat kan?

Onderstaand hebben we de campagne gekoppeld aan figuur 1: Kader Preventiegedrag COVID-19, en aan de taxonomie (A Taxonomy of Behavior Change Methods; an Intervention Mapping Approach). Deze feedback is gebaseerd op de debrief 'Verkorte strategie campagne 3hb'. In deze debrief missen we echter informatie over de uitwerking van de middelen (TVC / online video, outdoor, social media), wat belangrijk is voor een concrete uitwerking om de communicatieboodschap te versterken. Desondanks hebben we ons best gedaan deze campagne zo goed mogelijk te koppelen aan het model en de taxonomie. Ook is kolom 5 leeggelaten omdat er geen informatie stond in de debrief over een mogelijke evaluatie van de campagne.

1a. Gedrag en onderbouwing	1b. Doelgroep en onderbouwing	2. Determinanten, leerdoel en onderbouwing	3. Methoden, voorwaarden, en onderbouwing	4. Communicatiekanaal, boodschap (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	5. Evaluatie en onderbouwing
Gedrag: 1.5 meter afstand houden van iedereen, behalve personen uit eigen huishouden.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen 1,5 meter afstand te laten (vol)houden.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van 1,5 meter afstand houden • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Effect & bereik campagne:** -

			bertrouwbaar is		
Onderbouwing: *1.5m afstand houden is belangrijke maatregel infectiepreventie (RIVM)*.	***Onderbouwing:*** *Alleen als we ons met zijn allen 1.5 meter afstand houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown.*	***Onderbouwing:*** *Kader Preventiegedrag COVID-19 (2a, 2e, 1c).*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (Prochaska e.a., 2015).*	***Onderbouwing***: *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.*	***Onderbouwing***: -

Gedrag: 1.5 meter afstand houden van iedereen, behalve personen uit eigen huishouden.	**Doelgroep:** Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie **Doel:** Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze met moeilijkheden om kunnen gaan.	**Methoden:** • Feedback • Modeling • Planning coping responses **Voorwaarden:** • Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	**Evaluatie:** -
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** *-*

	hun sector.				

1a. Gedrag en onderbouwing	**1b. Doelgroep** en onderbouwing	**2. Determinanten, leerdoel** en onderbouwing	**3. Methoden, voorwaarden,** en onderbouwing	**4. Communicatiekanaal, boodschap** (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	**5. Evaluatie** en onderbouwing
Gedrag: Drukte zo veel als mogelijk vermijden.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen drukte te laten vermijden.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron bertrouwbaar is	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van drukte zoveel mogelijk vermijden • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Evaluatie:** -

Onderbouwing *Hoe minder mensen bij elkaar zijn, hoe kleiner de kans op verdere verspreiding van het virus (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Alleen als we ons met zijn allen aan de (hernieuwde) gedragsregels houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown.*	***Onderbouwing:*** *Kader Preventiegedrag COVID-19 (2a, 2e, 1c).*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.*	***Onderbouwing:*** *-*

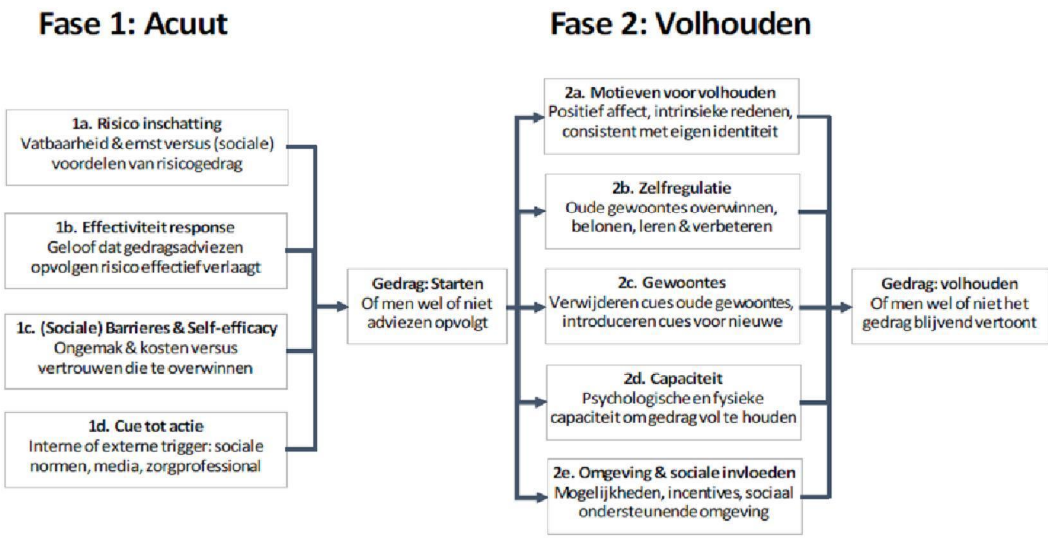
Gedrag: Drukte zo veel als mogelijk vermijden.	**Doelgroep:** Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie **Doel:** Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze met moeilijkheden om kunnen gaan.	**Methoden:** • Feedback • Modeling • Planning coping responses **Voorwaarden:** Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	**Evaluatie:** -
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in hun sector.*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -

1a. Gedrag en onderbouwing	**1b. Doelgroep** en onderbouwing	**2. Determinanten, leerdoel** en onderbouwing	**3. Methoden, voorwaarden,** en onderbouwing	**4. Communicatiekanaal, boodschap** (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	**5. Evaluatie** en onderbouwing
Gedrag: Zoveel als mogelijk thuiswerken.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden en de mogelijkheid hebben om thuis te werken.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen die kan thuis te laten werken.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron bertrouwbaar is	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van thuiswerken • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Evaluatie:** -

Onderbouwing Hoe minder verkeer en minder mensen op kantoor, hoe kleiner de kans op verdere verspreiding van het virus (RIVM).	***Onderbouwing:*** Alleen als we ons met zijn allen aan de (hernieuwde) gedragsregels houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown. Niet iedereen is echter in de gelegenheid om thuis te werken.	***Onderbouwing:*** Kader Preventiegedrag COVID-19 (2a, 2e, 1c).	***Onderbouwing:*** IM-taxonomie (de Ridder, 2014).	***Onderbouwing:*** Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.	***Onderbouwing:*** -

Gedrag:	Doelgroep:	Determinanten:	Methoden:	Kanalen:	Evaluatie:
Zoveel als mogelijk thuiswerken.	Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	• Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie **Doel:** Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze ermee om kunnen gaan.	• Feedback • Modeling • Planning coping responses **Voorwaarden:** Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	• TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	-
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in hun sector.*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -

287837



Figuur 1: Kader Preventiegedrag COVID-19

Literatuur:

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). Health behavior: *Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review, 10(3), 277-296.* https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372

287838

Reactie op voorstel narratieven

Door: RIVM Corona Gedragsunit - Werkpakket 8: Communicatie

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)

Kenmerk 08.05 | 11-05-2020

10 narratieven in het kader van de Alleen-Samen campagne.

Uitgangspunten:

- Handelingsperspectief te geven (goed voorbeeld doet goed volgen)
- De vindingrijkheid in de samenleving te laten zien
- Mensen helpen om te gaan met de beperkingen en (nieuwe) mogelijkheden
- Perspectief bieden (we gaan een stapje vooruit)
- Mensen aan te zetten om praktische oplossingen te vinden (met duidelijke kaders)

Reactie: Deze uitgangspunten sluiten mooi aan bij het geleidelijk terugkeren naar het "nieuwe normaal". De mensen zijn zelf eigenaar van hun oplossingen. Het tonen van goede voorbeelden kan helpen in het naleven van de bekende gedragsregels (hoe hou ik afstand op mijn werk, bij de kapper, in de supermarkt). Dit helpt in het zetten van een overkoepelende sociale norm.

Centrale vraag: *Hoe vul jij het in?*
Goed om meerdere segmenten van de samenleving in kaart te brengen en te laten zien hoe deze groepen invulling geven aan de beperkingen en de vindingrijkheid m.b.t. de maatregelen.

Advies: Binnen deze narratieven is het wenselijk om een centraal aspect/gedrag uit te lichten, wat willen we bereiken binnen dit segment? Huisarts → voorkomen zorgmijding en Ramadan → invulling sociale aspecten van de Iftar.

Breedte onderwerpen narratieven:
De onderwerpen zijn vaak gericht op het culturele segment (4. Museum, 6. ZZP'er - filmmaker, 7. Acteur, 10. Biosscoop/filmtheater). De campagne kan breder worden ingezet door ook andere segmenten van de samenleving te benaderen (bouwbedrijf, leefstijlcoach/groepstherapie, huiswerkbegeleiding, bootcamp, cafe/restaurant, vakantiegangers, dierentuin).

Algemeen advies:

- Per narratief: een concreet doel van de boodschap. Wat willen we hiermee bereiken? (sociale steun, communicatie nieuwe richtlijnen, informatie over segment?)
- Per narratief: wie is de doelgroep? De communicerende partij of de ontvangende partij (bioscoopklant, de kinderen die weer mogen sporten)?
- Welk gedrag spreken we aan? Welk probleem willen we oplossen per narratief?

De mantelzorger |

Drie tips van een mantelzorger voor collega-mantelzorgers over hoe je
dat goed doet in tijden van corona en hoe je eventueel extra hulp en ondersteuning
organiseert.

Doel: Communiceren van tips voor mantelzorgers
Doelgroep: Mantelzorgers
Advies: Erken de persoonlijke emoties van de mantelzorger (angst, stress) en de ontvanger (eenzaamheid, angst). Geef aan dat er erkenning is voor hun werk en dankbaarheid vanuit de samenleving. Laat zien hoe de mantelzorger met creativiteit en vindingrijkheid zelf goede oplossingen heeft bedacht om om te gaan met de nieuwe situatie binnen de gestelde regels. Besteed niet alleen aandacht aan hoe het werk van de mantelzorger het best ingericht kan worden, maar hoe de mantelzorger zelf ook psychologisch gezond blijft.

Vragen n.a.v. narratief:
- Welke boodschap wil je communiceren? (erkenning belasting, advies mantelzorg, gedragsregels)
- Waar gaan de tips over? (eigen welzijn mantelzorger, concrete tips afstand houden bij verzorging, organiseren van extra hulp/ondersteuning)

Selectie onderwerpen model relevant voor casus:
- **1c: Sociale barrières en self-efficacy**
  - Positieve opvattingen van anderen over preventiegedrag
  - Observeerbaar preventiegedrag van anderen zoals zij.
- **2b: Zelfregulatie:**
  - Zelf oplossingen bedenken voor behalen gedrag
  - Belonen van getoond gedrag
- **2d: Capaciteit**
  - Psychologische en fysieke capaciteit om gedrag vol te houden kost moeite. Door stress, vermoeidheid en uitputting kunnen mentale reserves beperkt zijn. Zelf gezond blijven van groot belang.
- **2^e: Omgeving en sociale invloeden**
  - Incentives voor een sociaal en fysiek ondersteunende omgeving. Door triggers te plaatsen in de omgeving

De huisarts |

Rondleiding door de wachtkamer en spreekkamer om te laten zien dat de eerstelijnszorg klaar is voor alle klachten waarmee je normaal ook naar het spreekuur zou gaan.

Doel: Patiënten informeren over veiligheid eerstelijnszorg
Doelgroep: Patiënten
Advies: een bericht komt goed aan als de boodschap wordt gecommuniceerd door iemand waar de patiënt zich mee kan identificeren. Bijvoorbeeld een patiënt die eerder obstakels zag (angst voor besmetting in de wachtkamer) maar nu ervaring heeft opgedaan met de maatregelen bij de huisarts en heeft gerealiseerd dat de aanpak veilig is en er geen risico meer is. OF de patiënt dacht dat zijn probleem niet zo heel groot was, toch heeft gebeld en door zijn aanpak gezondheidsschade heeft voorkomen.
Geef ruimte voor erkenning emotie van de patiënt (angst voor besmetting, anderen hebben de zorg nu meer nodig dan ik). Huisarts kan helpen in de bevestiging dat wel gaan inderdaad het juiste besluit was (veiligheid omgeving / gezondheidsrisico's). Voorbeeld geven hoe de (eerstelijns)zorg anders is dan normaal maar wel veilig.

Vragen n.a.v. narratief:

- Wat is de boodschap die je wil communiceren?
- Wat is de reden van de zorgmijding?
  - 1. Angst voor besmetting
  - 2. Anderen hebben de zorg harder nodig dan ik
- Recente campagne FMS-NHG-LHV 'Patiënt kom naar je (huis)arts' https://www.skipr.nl/nieuws/campagne-fms-nhg-en-lhv-patient-kom-naar-je-huisarts/

Selectie onderwerpen model relevant voor casus:

- **1a: Risicoinschatting:**
  - Hoe groot is het risico om ziek te worden bij de huisarts vs problemen die je kan voorkomen door naar de arts te gaan?
  - Kan worden verlaagd door te laten zien dat de omgeving veilig is
- **1c: Effectiviteit response**
  - Geloof dat advies opvolgen helpt om risico te voorkomen (arts)
- **1c: Sociale barrières en self-efficacy**
  - Positieve opvattingen van anderen over preventiegedrag (afspraak maken helpt)
  - Observeerbaar gedrag van anderen zoals zij (patiënten die ook de arts bellen)

De meester / juf |

Basisschool leerkracht filmt zichzelf en haar klas op de laatste dag van thuisonderwijs en de eerste dag weer op school. Vreugde over weer naar school gaan, maar ook de uitdagingen langs laten komen van wat dat praktisch betekent voor leraren, ouders en kinderen.

Doel: Onbekend
Doelgroep: Leraren, ouders, kinderen
Advies: Voor het opstellen van het advies is meer informatie nodig over het doel, de communicatieboodschap en het gewenste effect van de campagne.

Vragen n.a.v. narratief:

- Wat is de boodschap die je wil communiceren?
  - Advies inrichten scholen / tips over afstandsregels op school (leraren)
  - Het is veilig om kinderen naar school te laten gaan (ouders)
  - Gezamenlijke aanpak van belang: alle spelers zijn belangrijk in het goed verlopen van terug naar school.
  - Perspectief bieden? Dit is de eerste stap, uitzicht op verbetering.
- Welke doelgroep is hier het meest belangrijk?
- Welk gedrag wil je hier mee aanboren?

Het museum |

Met de directeur van Panorama Mesdag kijken we mee hoe ze haar museum weer klaar maakt om bezoekers te ontvangen vanaf 1 juni. Idealiter met het moment dat de eerste bezoekers binnen komen daarbij.

Doel:
Doelgroep: Bezoekers musea (?)
Advies: Is het narratief gericht op museumhouders (hoe richt ik mijn omgeving veilig in?) of is het narratief gericht op de bezoekers (vanaf 1 juni mag ik weer, maar hoe vermijd ik drukte in het museum)? Voor het opstellen van het advies is meer informatie nodig over het doel, de communicatieboodschap en het gewenste effect van de campagne.

Vragen n.a.v. narratief:

- Wat is de boodschap die je wil communiceren?
- Welke doelgroep is hier het meest belangrijk?
- Welk gedrag wil je hier mee aanboren?
- Is het doel om de kunstsector te steunen en bezoekers te informeren over de veilige opening van de musea?

De voetbaltrainer |

De kinderen mogen alweer trainen, binnenkort de gehele jeugd en de volwassenen ook. Tegelijkertijd zijn wedstrijden nog uit den boze en moet je een plan hebben voor halen en brengen, de kantine, etc. Hoe doet dorpsclub DRC uit Durgerdam dat?

Doel: Advies opening buitensport / tonen effectiviteit van creativiteit verenigingen / samen leren sportverenigingen
Doelgroep: Buitensportverenigingen / ouders van kinderen bij de sport
Advies:
Welke boodschap binnen de bovenstaande gedragingen wil je belichten? Tonen van de effectiviteit van de maatregelen en hoe effectief dit werkt binnen de sport ter inspiratie voor andere verenigingen?
Het tonen van positieve voorbeelden van vergelijkbare anderen verhoogt de Self-efficacy (geloof dat jij het gewenste gedrag ook kan uitvoeren). Tips over een ondersteunende sociale omgeving (pijlen op de grond voor in- uitgang) helpen om het gedrag makkelijker vol te houden en kan bijdragen aan een sociale norm. Benadruk het algemeen belang – iedereen helpt mee om de kinderen weer aan het sporten te krijgen.

Vragen n.a.v. narratief:
- Wat is de boodschap die je wil communiceren?
- Welk gedrag wil je aanmoedigen?
- Wie is de doelgroep? (verenigingen/trainers of (ouders van) sporters/ iedereen met sportvereniging te maken heeft)

Selectie onderwerpen model relevant voor casus:
- **1b: Effectiviteit response**
    - Ik kan bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid van kinderen door de adviezen op te volgen.
    - Als we ons samen aan de regels van de vereniging houden dan zorgen we ervoor dat iedereen veilig en gezond blijft.
- **1c: Sociale barrières en self-efficacy**
    - Vereniging: andere verenigingen hebben het ook voor elkaar gekregen, bij mij kan het dus ook lukken (observeerbaar gedrag van anderen zoals zij).
    - Positieve opvattingen van anderen over preventiegedrag (goed dat zij de kantine zo hebben ingericht, bevestiging sociale norm)
- **2a: Motieven tot volhouden:**
    - Ouder: ik volg alle regels van de vereniging op omdat ik het belangrijk vind dat alle kinderen lekker kunnen sporten
    - Tevreden met uitkomsten gedrag: aan de regels houden leidt tot heerlijk te kunnen sporten!

1. **De ZZP'er** | voor filmmaker Daan trekt het werk langzaam weer aan. Maar de maatregelen hebben nog steeds effect op hoe dicht hij de mensen in zijn films op de huid kan komen. Eventuele alternatieven zijn: een schilder of een timmerman.
Advies: om de narratieven in te laten spelen op een breder segment is een schilder/timmerman/leefstijlcoach/

2. **De acteur** | het theaterleven lag helemaal stil, maar het acteren niet. Acteur Minne Koole ging over op acteerlessen geven via het beeldscherm. Vanaf 1 juni mag het theater weer open, maar nog wel in het heel klein. Wat kan er wel? Wat gaat hij als eerste weer op de planken brengen? Mee naar een eerste echte repetitie weer.

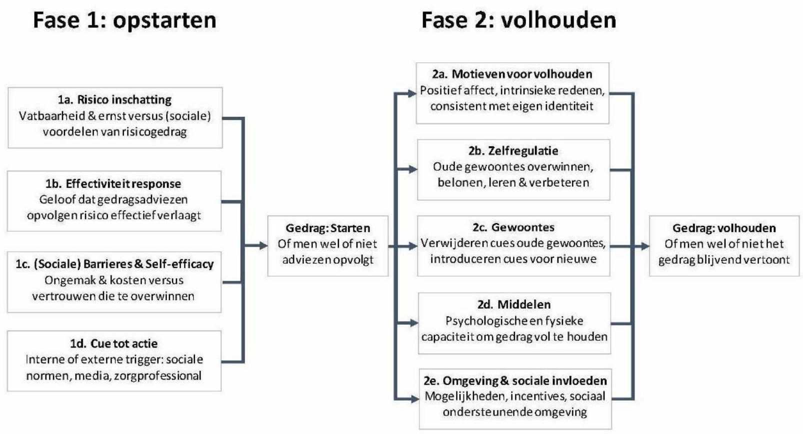
3. **De kapper** | Ze gaan weer open en we zijn er allemaal aan toe. Hoe vullen de eigenaar en de kappers het in in hun kleine zaak? Ze laten tussen elke stoel een lege stoel staan, beperken de wachtruimte en ontsmetten steeds de stoel.

4. **De MBO'er** | tot voor kort ontvingen ook mbo'ers onderwijs op afstand. Nu het beter gaat met het controleren van het virus mogen ook de praktijkexamens door gaan. Hoe gaat dit praktisch in z'n werk? En hoe hebben de mbo'ers het thuisscholen ervaren?

5. **De bioscoop** | Katrien Lamers, directeur van filmtheater de Filmfabriek in Zaandam, geeft een tour door de bioscoop. Wat blijft er hetzelfde en wat zal anders zijn? Hoe bestel je een drankje of koop je je kaartje? Blijft de filmervaring hetzelfde?

287838

Kader Preventiegedrag Corona (Health Belief Model en theorieën gedragsbehoud)



Literatuur:

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). Health behavior: *Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review, 10(3), 277-296*. https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372

Phalet, K., Mesquita, B. (2020). Hoe verder na de lockdown? Aanbevelingen vanuit de sociale psychologie. In press.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55, 68-78.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Kernteam + WP-leiders Corona Gedragsunit

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

KvK Utrecht 30276683

T 030 (10)(2e)
info@rivm.nl

Datum
11 mei 2020

Ons kenmerk

Behandeld door
Sandra Kamga

Verslag

Bespreking	Kernteam + WP-leiders Corona Gedragsunit
Vergaderdatum en -tijd	11 mei 2020
Vergaderplaats	T0.19 of via Go-to-meeting
Aanwezig	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)

1. **Mededelingen, terugblik vorige week.**
   - Bedank mail (10)(2e);
   - archiveringsvereiste: 'voor eeuwig bewaren' (inclusief e-mails, houdt zelfde lijn als nu en wij wachten de instructies van archivering af); WP5 en WP6 hebben behoefte aan een projectondersteuner.
   - offerte VWS gereed. Komt ook nieuwe opdrachtcode voor;
   - Webinar basisdocument theoretische kader(woensdag): doel is om met elkaar uit te wisselen hoe wij dit document kunnen gebruiken. Graag van te voren lezen en het zal waarschijnlijk opgenomen worden.
   - voor WP7 kennisintegratie/-disseminatie wordt nog iemand gezocht. Suggesties? (het wordt ook via Mix&Match gedeeld);
   - IN-vragen n.a.v. vragenlijst rechtstreeks naar (10)(2e)@rivm.nl-UIT kan via informatiepunt → (10)(2e) stemt apart af met (10)(2e)
2. Factsheets & beleidsrapportage. (Toelichting (10)(2e) en (10)(2e)): Tweewekelijkse factsheet die breed toegankelijk met informatie over al ons onderzoek en van andere instituten. Simultaan VWS beleidsrapportage, ook tweewekelijks voor beleidskern VWS met feiten en kernboodschappen over al ons onderzoek en van andere instituten. Dit wordt waarschijnlijk gecombineerd met andere beleidsinformatie van VTV-kortcyclisch. Planning: maandag inventarisatie onderwerpen bij WP-leiders, woensdag 12:00 concept teksten/plaatjes beschikbaar, donderdag opmaak door comm. Bureau van factsheet en opstellen beleidsrapportage, vrijdag factsheet en VWS rapportage gereed voor verspreiding.

287841

Kwaliteitscontrole van de factsheet moet door (10)(2e) en mogelijk (10)(2e) gecontroleerd worden. Kwaliteitscontrole beleidsrapportage op directieniveau.

Datum
11 mei 2020

Trekkers factsheet: (10)(2e) en (10)(2e)

Trekkers beleidsrapportage: (10)(2e) & ? (wordt nog besproken)

Inventarisatie onderwerpen:

WP1: lijst onderzoeken in samenwerking met WP2; leefstijladviezen

WP2: databron factsheet, mondkapjes voor VWS rapportage

WP3: resultaten analyses subgroepen

WP4: /

WP5: argumentatielijnen die samenhangen met wel of niet opvolgen van de gedragsrichtlijnen, wat wordt over mondkapjes gezegd, brede scan onderwerpen gerelateerd aan RIVM en COVID-19

WP6: VWS rapportage onderzoek zelftesten en gedrag

WP7: resultaten van 1e interview ronde

WP8: (10)(2e) (10)(2e) gaat dit nog met zijn team bespreken

Vraag over Open Science: In de media is te zien dat andere onderzoekers behoefte hebben aan meer transparantie over de onderzoeken die beleid ondersteunen. Het streven is om zo veel mogelijk beschikbaar te stellen maar wij moeten zorgen dat de informatie niet tot de individu herleiden is (10)(2e) en (10)(2e) zijn bezig met het opstellen van een plan (10)(2e) denkt hier graag over mee. (10)(2e) plant een overleg met (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (AVG) specialist. Dan moeten de informatie van andere werkpakketen ook worden meegenomen.

3. **Rondje WP's.**
   - (10)(2e)
     - Verzoek VWS zelftesten en invloed op gedrag. Voorstel is geschreven en besproken in de WAR. Willen met (10)(2e) en (10)(2e) afstemmen over het eea.
     - Eerder een inventarisatie van punten die toen speelde. Die is gedateerd en er is nu een nieuwe inventarisatie van nieuwe opkomende thema's. Dit wordt voor volgende week geagendeerd.
   - (10)(2e) Is bezig om te kijken hoe zij de rapportage van woensdag in kunnen richten. Indien andere hier ook mee bezig zijn of een opzet hebben, wilt (10)(2e) met ze schakelen. (10)(2e) heeft meewerkt aan een aantal memo's die wellicht als inspiratie kunnen dienen. Hij stuurt ze door.
   - (10)(2e) vorig week hebben zij 2 memo's opgeleverd
     - Woensdag memo: Inventarisatie met WP1 naar Nederlandse studies die lopen en die mogelijk relevant zijn voor onze vragenlijst
     - Vrijdag memo: mondkapjes

- Deze week gaan zij verder met literatuur over zelftest en thuisisolatie.
- Op eigen initiatief zijn ook bezig met literatuur over app en versoepeling.
- (10)(2e) is nu bezig met een ander onderwerp buiten het gedragsunit en in ruil het WP een stagiaire erbij gekregen.

Handig als WP2 linkt met (10)(2e) (10)(2e) (secretaris van Taskforce gedragswetenschappen tbv apps van VWS); andere link is (10)(2e)

- (10)(2e):
  - Nederlandse vereniging psychiatrie taskforce psychiatrie en corona willen graag morgen een gesprek willen voeren met (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) is morgen niet beschikbaar dus (10)(2e) gaat het alleen afhandelen.
  - Onderwerp jongeren: contact gehad met (10)(2e) van de WAR, en afgestemd met meerdere mensen binnen gedragsunit. Citizen science is een aantal keer aan bod geweest. Kijken of dit op het een of andere manier gecombineerd kan worden met geplande event met o.a. (10)(2e) en (10)(2e)
  - Onderwerp moeizame route van ziekenhuis en dan weer naar huis: kijken of kennis agenderen mogelijk is.
  - Netwerk van verschillende onderzoeken: een aantal webinars organiseren met als doel nieuwe kennis binnen te halen en ook te laten zien wat wij al hebben gedaan. De eerste zou zijn: jongeren in de 1,5m samenleving.
- (10)(2e) WP3:
  - Woensdag komt de nieuwe dataset
  - Afgelopen vrijdag even stilgestaan bij wat al gedaan is en wat verbeterd kan worden; meer plannen, meer werk verdeling over meerdere personen.
  - Discussie gevoerd over uitvragen stigmatisering (en invloed op gedrag) in volgende vragenlijst
- (10)(2e) WP4:
  - Tussen rapportage op basis van 1e metingen (10)(2g) (10)(2g)
  - Voorbereiding voor 2e ronde van interviews; dit gaat soepeler met wat meer tijd om de topiclijst aan te scherpen
  - Vraag om onderwerpen voor 2e interview ronde (planning: vanaf weekend t/m woensdag)
    - (10)(2g)

4. Optimalisatie (interne) samenwerking. (Gedachtenuitwisseling en afspraken)

Het blijft lastig om elkaar te vinden. Deze zijn de voorstellen vanuit het kernteam om de (interne) samenwerking te optimaliseren:

287841

- Elk werkpakket is onafhankelijk en autonoom. Uiteindelijk rol van de leden van het kernteam: sparringpartners
- Vanuit het kernteam komt er een aanspreekpunt voor elk werkpakket
- (10)(2g)
- Indien er andere suggesties zijn dan hoort het kernteam dat graag.

5. Wvttk

- Eerste versie van publicatieplan is opgezet en wordt vandaag met WP-leiders gedeeld.
- Indien er agendapunten zijn dan hoort (10)(2e) dat graag.

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 1:21:45 PM
Subject: RE: FW: Spoed: Verzoek brongegevens
Received: Fri 5/29/2020 1:21:45 PM

Dank!

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 29 mei 2020 14:52
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: FW: Spoed: Verzoek brongegevens

Ha (10)(2e)
De code delen we inderdaad niet, de data waar het op gebaseerd is ook niet.
Korte uitleg:
-de gegevens zijn niet van het RIVM, maar van NICE en van de GGDen, wij kunnen deze gegevens niet delen. Toegang tot de gegevens kan iedereen zelf wel aanvragen bij NICE en bij de OSIRIS registratiecommissie. Er wordt gewerkt aan het beschikbaar maken van de gegevens, er zijn checks nodig om zeker te weten dat nergens privacy gevoelige gegevens onthuld worden (bijvoorbeeld een geboortedatum verwisseld met eerste ziektedatum).
-de code is wel van het RIVM. Ook hier wordt gewerkt aan een publicatie van onderzoek zodat we de code beschikbaar kunnen maken, en zijn er checks nodig om zeker te weten dat er nergens vertrouwelijke informatie of zaken in staan waarmee privacy gevoelige informatie kan worden onthuld. De code voor de belangrijkste stappen van de berekeningen zijn wel terug te vinden in eerdere publicaties, en anders is met vergelijkbare code van andere onderzoeksgroepen voor dezelfde algoritmes het ook mogelijk deze stappen na te rekenen.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 28 mei 2020 14:02
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: FW: Spoed: Verzoek brongegevens

Dag (10)(2e),

Onderstaand een bericht van journalist (10)(2e) (10)(2e). Hij vraagt naar de de broncode waarmee de in de technische briefing getoonde grafieken (cq. meetpunten en voorspellingen) mee worden gegenereerd. Ik vermoed dat we dat niet kunnen aanleveren ivm met gevoeligheid van data. Maar jij kunt daar ongetwijfeld iets verstandigs over zeggen. Hoe zit dat?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

287845

Feedback op debrief verkorte strategie campagne 3hb

Door: RIVM Corona Gedragsunit - Werkpakket 8: Communicatie

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

Kenmerk 08.04 | 11-05-2020

High-over feedback

- Heel goed om nut van de maatregelen in de eerste fase hernieuwd onder de aandacht te brengen. Wat ons echter opvalt is dat daar nu vooral de nadruk ligt op 'wat' en 'hoe dan'. Beiden inderdaad heel relevant, maar het is in deze fase van de crisis minstens zo belangrijk dat mensen beter grip krijgen op het 'waarom' van de maatregelen. Dat ze vertrouwd raken met de verschillende ingrediënten van de 1,5 meter samenleving. Goed snappen wat de achterliggende rationale is per maatregel ('waar is 20 seconden, nauwgezet handenwassen nou precies goed voor? Waarom niet 15 seconden?), zodat ze in diverse, complexe contexten zelf verstandige afwegingen kunnen maken.
- Je wil mensen steeds meer 'expert' maken. Dus niet dat ze alleen maar als een beginner simpel de richtlijnen mogen volgen uit een kookboekje, maar dat ze als een amateur OMT zelf creatief kunnen koken met de ingrediënten.
- Kortom: om ook echt mede veilig vorm te kunnen geven aan de 1.5 meter samenleving hebben mensen meer nodig dan richtlijnen en goede voorbeelden. Ze moeten de kans krijgen om de essentiële componenten/pijlers van waaruit de 1,5 meter samenleving veilig wordt vormgegeven ook echt te kunnen doorgronden. Zeker nu we gaan afschalen en alles steeds diffuser wordt.
- Net als dat je snapt dat je niet veel zout/suiker in je eten moet doen (slecht voor je) of waarom een ei een kooktijd heeft van maximaal 6 minuten (anders veel te hard en dat is niet lekker), wil je mensen in staat stellen zelf goede inschattingen te maken in hun eigen privésituatie. Er moet een soort schijf van vijf komen voor de 1,5 meter samenleving met heldere uitleg. Je wil meer zijn dan een Allerhande met paar vaste recepten en mooie foto's, je wil ook dat mensen met dezelfde ingrediënten andere, gezonde maaltijden kunnen klaarmaken.
    - Waarom 1.5 meter en niet 1 of 2 meter? Wat gaat er dan fout?
    - Waarom maar drie personen op bezoek en niet 2 of 4? Welke risico's lopen we dan?
    - Waarom een mondmasker in het OV en niet in de supermarkt? Waarom is het een gevaarlijker dan het andere?
    - Wanneer wel op bezoek bij mijn 70+ ouders? Is er een vorm waarin dat kan?

Onderstaand hebben we de campagne gekoppeld aan figuur 1: Kader Preventiegedrag COVID-19, en aan de taxonomie (A Taxonomy of Behavior Change Methods; an Intervention Mapping Approach). Deze feedback is gebaseerd op de debrief 'Verkorte strategie campagne 3hb'. In deze debrief missen we echter informatie over de uitwerking van de middelen (TVC / online video, outdoor, social media), wat belangrijk is voor een concrete uitwerking om de communicatieboodschap te versterken. Desondanks hebben we ons best gedaan deze campagne zo goed mogelijk te koppelen aan het model en de taxonomie. Ook is kolom 5 leeggelaten omdat er geen informatie stond in de debrief over een mogelijke evaluatie van de campagne.

287845

1a. Gedrag en onderbouwing	**1b. Doelgroep** en onderbouwing	**2. Determinanten, leerdoel** en onderbouwing	**3. Methoden, voorwaarden,** en onderbouwing	**4. Communicatiekanaal, boodschap** (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	**5. Evaluatie** en onderbouwing
Gedrag: 1.5 meter afstand houden van iedereen, behalve personen uit eigen huishouden.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen 1,5 meter afstand te laten (vol)houden.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron bertrouwbaar is	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van 1,5 meter afstand houden • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Effect & bereik campagne:** -

Onderbouwing: *1.5m afstand houden is belangrijke maatregel infectiepreventie (RIVM)*.	**Onderbouwing:** *Alleen als we ons met zijn allen 1.5 meter afstand houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown.*	**Onderbouwing:** *Kader Preventiegedrag COVID-19 (2a, 2e, 1c).*	**Onderbouwing:** *IM-taxonomie (Prochaska e.a., 2015).*	**Onderbouwing**: *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.*	**Onderbouwing**: -

Gedrag:	Doelgroep:	Determinanten:	Methoden:	Kanalen:	Evaluatie:
1.5 meter afstand houden van iedereen, behalve personen uit eigen huishouden.	Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	• Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie **Doel:** Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze met moeilijkheden om kunnen gaan.	• Feedback • Modeling • Planning coping responses **Voorwaarden:** • Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	• TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	-
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in hun sector.*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -

1a. Gedrag en onderbouwing	**1b. Doelgroep** en onderbouwing	**2. Determinanten, leerdoel** en onderbouwing	**3. Methoden, voorwaarden,** en onderbouwing	**4. Communicatiekanaal, boodschap** (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	**5. Evaluatie** en onderbouwing
Gedrag: Drukte zo veel als mogelijk vermijden.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen drukte te laten vermijden.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron bertrouwbaar is	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van drukte zoveel mogelijk vermijden • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Evaluatie:** -

Onderbouwing *Hoe minder mensen bij elkaar zijn, hoe kleiner de kans op verdere verspreiding van het virus (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Alleen als we ons met zijn allen aan de (hernieuwde) gedragsregels houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown.*	***Onderbouwing:*** *Kader Preventiegedrag COVID-19 (2a, 2e, 1c).*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.*	***Onderbouwing:*** *-*

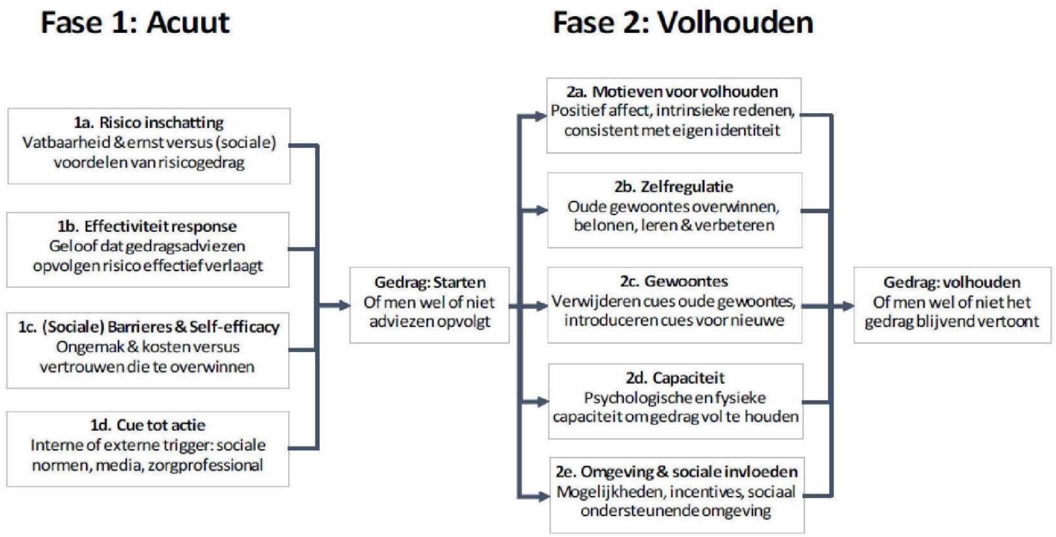
Gedrag:	Doelgroep:	Determinanten:	Methoden:	Kanalen:	Evaluatie:
Drukte zo veel als mogelijk vermijden.	Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	• Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie **Doel:** Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze met moeilijkheden om kunnen gaan.	• Feedback • Modeling • Planning coping responses **Voorwaarden:** Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	• TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	-
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in hun sector.*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -

1a. Gedrag en onderbouwing	**1b. Doelgroep** en onderbouwing	**2. Determinanten, leerdoel** en onderbouwing	**3. Methoden, voorwaarden,** en onderbouwing	**4. Communicatiekanaal, boodschap** (& voorbeelden van mogelijke toepassingen/boodschappen) en onderbouwing	**5. Evaluatie** en onderbouwing
Gedrag: Zoveel als mogelijk thuiswerken.	**Doelgroep:** Alle mensen die zich in Nederland bevinden en de mogelijkheid hebben om thuis te werken.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Omgeving en sociale invloeden • (Sociale) barrieres & self-efficacy **Doel:** Realiseren van motivatie, mogelijkheden, incentives, een sociaal ondersteunende omgeving en vertrouwen om barrières te overwinnen om zodoende iedereen die kan thuis te laten werken.	**Methoden:** • Feedback • Consciousness raising • Modeling • Planning coping responses • Verbal persuasion **Voorwaarden:** • Consciousness raising moet snel gevolgd worden door het verhogen van self-efficacy (bijv planning coping responses / verbal persuasion) • Model moet aansluiten bij doelgroep • Mensen empoweren d.m.v. verbal persuasion werkt alleen als de bron bertrouwbaar is	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** • Nut van maatregel versterken: *als we dit met zijn allen doen kunnen we stap voor stap de lockdown verlaten* • Voorbeelden geven van thuiswerken • Saamhorigheid versterken (mensen empoweren, samen kunnen we dit!)	**Evaluatie:** -

Onderbouwing *Hoe minder verkeer en minder mensen op kantoor, hoe kleiner de kans op verdere verspreiding van het virus (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Alleen als we ons met zijn allen aan de (hernieuwde) gedragsregels houden, kunnen we een volgende stap zetten naar versoepeling van de lockdown. Niet iedereen is echter in de gelegenheid om thuis te werken.*	***Onderbouwing:*** *Kader Preventiegedrag COVID-19* *(2a, 2e, 1c).*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep (heel Nederland) te bereiken.*	***Onderbouwing:*** *-*

Gedrag: Zoveel als mogelijk thuiswerken.	**Doelgroep:** Alle mensen in Nederland die het moeilijk hebben in de coronacrisis.	**Determinanten:** • Motieven voor volhouden • Capaciteit • Zelfregulatie **Doel:** Mensen die het moeilijk hebben motieven geven om vol te houden en psychologische capaciteit verhogen om het gewenste gedrag vol te houden, en laten zien hoe ze ermee om kunnen gaan.	**Methoden:** • Feedback • Modeling • Planning coping responses **Voorwaarden:** Beoogde doelgroep moet zich herkennen in model	**Kanalen:** • TVC / online video • Outdoor • Social media **Boodschap:** *Alleen samen helpen we elkaar de coronacrisis uit.* Begrip en empathie tonen voor mensen die het moeilijk hebben. Negatieve emoties laten zien, en laten zien hoe we samen daarmee om kunnen gaan.	**Evaluatie:** -
Onderbouwing *Het is belangrijk om de gedragsmaatregelen vol te houden om verdere verspreiding van het virus te voorkomen (RIVM).*	***Onderbouwing:*** *Er zijn groepen in Nederland die het erg moeilijk hebben, zoals kwetsbare groepen, mensen die hun baan kwijt zijn, of die nog moeten wachten op verlichting in hun sector.*	***Onderbouwing:*** *Kader preventiemodel (2a, 2d, 2b)*	***Onderbouwing:*** *IM-taxonomie (de Ridder, 2014).*	***Onderbouwing:*** *Massamedia wordt ingezet om een zo groot mogelijk deel van de doelgroep te bereiken.*	***Onderbouwing:*** -

287845



Figuur 1: Kader Preventiegedrag COVID-19

Literatuur:

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). Health behavior: *Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.

Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review, 10(3), 277-296*. https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372

287851

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/25/2020 6:56:12 PM
Subject: FW: TU Delft onderzoek corona verspreiding in binnenlucht
Received: Mon 5/25/2020 6:56:13 PM
Stadnytskyi et al - aerosol emissies SARS-CoV-2 - PNAS mei 2020.pdf

FYI... collega's van LCI, EPI en Z&O geinformeerd. Volgens (10)(2e) (10)(2e) was dat TUD onderzoek bij hen niet bekend.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: maandag 25 mei 2020 20:55
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FYI.... TU Delft onderzoek corona verspreiding in binnenlucht

Beste collega's,

Van (10)(2e) (10)(2e) vernam ik dat jullie je bezig houden met bestuderen van onderzoeken naar verspreiding van Corona via aerosolen.
Ter informatie.... vanochtend las ik een bericht over een onderzoek dat de TU Delft gaat doen i.s.m. TU Twente, NLR en Readboud naar verspreiding van corona in binnenlucht (o.a. met windtunnel experimenten):
https://www.tudelft.nl/bk/onderzoek/projecten/verspreiding-van-corona-virus-in-de-binnenlucht/
Ze schrijven in ieder geval in de toelichting, dat "de resultaten zullen worden gebruikt om het OMT, RIVM en GGDs van nieuwe inzichten te voorzien".

Tevens bijgevoegd een recent artikel naar omvang en verspreiding van aerosolen die vrijkomen bij 'luid spreken' (kreeg ik via een contact bij het LOTc).

Weet dat er ook bij de centra VLH en MIL (en overigens ook bij mij, aangezien ik in de eerste 7 jaar bij het RIVM aan dit onderwerp heb gewerkt, al moet ik dan wel diep het geheugen in) expertise aanwezig is o.g.v. aerosolfysica en verspreidingsmodellering in lucht, mocht er 'hulp' nodig zijn bij interpretatie van onderzoeksresultaten.

Groeten, (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) kernteam Antibioticaresistentie - Project manager Core team Antibiotic Resistance
Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) - National Institute for Public Health and the Environment
Centrum voor Infectieziektenbestrijding - Centre for Infection Diseases Control
P.O. Box (10)(2e)
3720 BA Bilthoven
Phone 31.3 (10)(2e)
Mobile 31.6 (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/14/2020 1:56:16 PM
Subject: RE: Interview met terugblik
Received: Thur 5/14/2020 1:56:16 PM

Ik zit zelf ook bij het OMT als vervanging van (10)(2e) Is dat om 14:30 nog niet afgelopen?

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 14:28
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: Interview met terugblik

We moeten nu niet mee gaan werken aan evaluaties, die zijn al aangekondigd.

Tevens: morgen zit ik zelf vast in OMT, dus zie geen kans erbij te zijn.
Evt dus (10)(2e) met (10)(2e)?

MvrGr,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 13:36
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Interview met terugblik

Mijn advies zou zijn om onze eigen evaluatie/reconstructie af te wachten

---

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@nos.nl>
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 13:24
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: Interview met terugblik

Beste (10)(2e), (10)(2e)

Graag zou ik morgen het interview willen gebruiken voor een terugblik op een aantal eerdere adviezen/uitspraken. (Carnaval, presymptomatische besmetting, moment van advies lockdown, etc). Dat heeft alleen zin als jullie daartoe bereid zijn. Als elk antwoord is: 'gaan we later evalueren, nog te vroeg om terug te blikken' wordt het niet echt een zinnig gesprek en doen we het later een keer.
Kunnen jullie me laten weten of jullie denken dat er al iets zinnigs over te zeggen valt?
Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/14/2020 7:59:23 AM
Subject: FW: verzoek NRC om achtergrondgesprek voor reconstructie
Received: Thur 5/14/2020 7:59:23 AM

Ter info

Van: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @igj.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 19:20
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; Pers Coronavirus <perscoronavirus@minvws.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: verzoek NRC om achtergrondgesprek voor reconstructie

Ha (10)(2e), c.c. (10)(2e).

De IGJ-leiding doet niet mee aan achtergrondgesprekken met NRC voor een reconstructie, onder verwijzing naar officiële/formele evaluaties die ongetwijfeld volgen.
We leveren nu geen puzzelstukjes voor een puzzel die later nog gelegd moet worden.
De IGJ beantwoordt uiteraard wel feitelijke vragen.

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
06- (10)(2e)
....
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
internet www.igj.nl twitter @IGJnl
....

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 14:02
Aan: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @igj.nl>; Pers Coronavirus <perscoronavirus@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek NRC om achtergrondgesprek voor reconstructie

Ha (10)(2e), ik heb het in de groep gegooid. Zover ik weet hebben we geen verzoek van NRC gehad. Ik adviseer om de lijn van het RIVM aan te houden.
Met groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @igj.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 13:51
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; Pers Coronavirus <perscoronavirus@minvws.nl>
Onderwerp: verzoek NRC om achtergrondgesprek voor reconstructie

Ha (10)(2e),

Had je mijn verzoek van NRC nog 'in de groep gegooid'?

NRC ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) vraagt de IGJ-leiding om mee te werken aan een gesprek op achtergrondbasis, om een reconstructie te maken van de besluitvorming in de coronacrisis.
Liefst volgende week, desnoods een week later.
NRC zegt ook met vele anderen te (willen) spreken.

Van het RIVM weet ik inmiddels dat zij niet meewerken.
Het RIVM wil eerst een eigen reconstructie maken en zelf publiceren.
(Kleinere vragen ter verduidelijking van richtlijnen of OMT-adviezen beantwoordt het RIVM wel.)

Heeft VWS - of hebben VWS'ers - ook zo'n verzoek gekregen?
Ik kan het antwoord wel raden ('evaluatie die ongetwijfeld volgt afwachten'), maar hoe kijkt VWS hier tegenaan?

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
06 (10)(2e)
....
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
internet www.igj.nl twitter @IGJnl
....

To: (10)(2e)@minvws.nl'[(10)(2e)@minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/12/2020 12:38:16 PM
Subject: FW: laatste concept nieuwsbericht
Received: Tue 5/12/2020 12:38:16 PM
[Concept Nieuwbericht 11 mei 2020 Nationale afvalwater surveillance v3.0 AG.docx]

Dag (10)(2e)

Bij deze stuur ik je alvast ter info een versie van ons nieuwsbericht. Zou je deze nog niet rond willen sturen? Ik stuur je straks een versie die hier helemaal afgestemd is. Deze is om je alvast te informeren.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

----

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

RIVM - Persvoorlichting
Postbus 1 (postbak(10)(2e))
3720 BA BILTHOVEN
T +31 3 (10)(2e)
M +31 6 (10)(2e)
http://www.rivm.nl

287860

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/12/2020 11:57:43 AM
Subject: FW: laatste concept nieuwsbericht
Received: Tue 5/12/2020 11:57:43 AM
Concept Nieuwbericht 11 mei 2020 Nationale afvalwater surveillance v3.0.docx

Dag (10)(2e),

Wil jij (10)(2e) in deze even vervangen?

Dank,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) @gmail.com[(10)(2e) @gmail.com]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/5/2020 1:18:45 PM
Subject: Antw: Vraagjes BLVD
Received: Tue 5/5/2020 1:18:46 PM

Dag (10)(2e)
Volgens mij heb je alles wel. Enige wat mogelijk nog mist is de kwaliteit van de mondkapjes en goed gebruik. Er worden veel mondkapjes zelf gemaakt, die hebben niet altijd de goede pasvorm of zijn niet van het juiste meteriaal. Ook moeten mondkapjes regelmatig vervangen worden.

Groeten,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>
Datum: 5 mei 2020 om 14:55:56 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Vraagjes BLVD

Hee (10)(2e),
hopelijk gaat het goed met je. Tijdje niet gesproken. De meeste dingen kon ik doen zonder jou lastig te vallen. Er gaat wat versoepeling aankomen. Ik snap dat je niet op zaken vooruit gaat lopen, maar misschien kun je meekijken of ik hier iets over het hoofd zie?

Dankjewel!
(10)(2e)

OPENINGSVRAAG: Ja eerst maar even over de kappers en schoonheidssalons, want die gaan misschien volgende week al open. Sommigen hebben al voor de komende maanden alles volgeboekt qua afspraken, zo druk. Kunnen we risicovrij gewoon weer naar de kapper?

Goed om te bedenken dat niets risicovrij is. We moeten de kansen zo klein mogelijk maken. Dat betekent dat je op afspraak werkt, en precies op tijd komt als klant. Ga niet blijven hangen zodat het drukker wordt. Hoe meer mensen op één plek hoe meer kruisbestuiving. Het OMT heeft verder gekeken naar bewijs omtrent de mondkapjes en het is niet duidelijk of het beter of slechter ervan wordt. Waarschijnlijk wordt het niet verplicht en het is niet verboden. Belangrijk is wel dat wij als klanten echt eerlijk zijn over of ze klachten hebben of niet. Zou als kapper dat ook zeker vragen aan de mensen voor ze binnen komen, of die mensen het afgelopen etmaal klachten hebben gehad.

TUSSENVRAAG Er is momenteel wel discussie gaande: want kappers gaan straks met mondkapjes werken en thuiszorgmedewerkers niet. Die balen daarvan, hoe zie jij dat?

Dat is natuurlijk ook niet uit te leggen. In de verzorgingshuizen heeft een drama voltrokken. Er is tekort aan goede bescherming geweest en dan zou het gek zijn als er nu ineens gezegd wordt dat het voor kappers wel aanwezig is. Ik denk niet dat het een verplichting gaat zijn bij de kappers omdat er nog altijd niet echt goed bewijs is voor mondkapjes ten positieve of negatieve. Dus ik verwacht dat het losgelaten gaat worden door het kabinet. De eerste reden waarom er terughoudend werd gedaan met mondkapjes had te maken met de tekorten. Nu hopelijk langzaam aan er meer kapjes zijn, kun je eventueel mensen het toch laten doen. Het allerbeste werkte nog altijd afstand houden, maar als dat niet meer kan, omdat we contactberoepen open gaan zetten, kan het een ander verhaal worden omtrent mondkapjes. Belangrijk is dat thuisblijven wel altijd nog het verstandigste is.

TUSSENVRAAG; Ook weer bijna een biertje op het terras.. maar hoe haalbaar om afstand te houden als er alcohol in het spel is?

Als het per 1 juni open gaat. Ik kan me voorstellen dat iedereen meteen het terras op wil, maar hou er rekening mee dat terrasjes in de normale zomer tjokvol zitten en op veel terrassen er maar ruimte is voor een derde van het aantal mensen. Het is wel echt zaak dat we voorzichtig dit gaan opschalen. Ga niet elke dag op het terras zitten, hou rekening met elkaar.

EINDVRAAG Zou het kunnen dat de versoepeling straks toch ineens weer voor een piek aan coronapatienten gaat zorgen? En wat dan?

Dat kan zeker. Een paar overwegingen:

-Het lijkt alsof het virus nu minder had om zich heen grijpt (R0<1). Het afzeggen van grote evenementne en afstand houden is voor veel landen het belangrijkste dat nu de uitbraak van het virus onder controle moet houden, want veel versoepelingen tegelijkertijd.

-Eigenlijk zou het beste zijn om nog langer te wachten, genoeg tests te hebben en helemaal terug te gaan naar de tijd vna uitgebreid contactonderzoek per patient. De vraag is of dat nu lukt.

-Nu gebeurt er best veel tegelijk en ik snap dat wel want we zijn het zat, maar je weet niet welke versoepeling het meeste impact heeft op de stijging als ineens het aantal patiënten gaat stijgen.

-Als SARS-COV-2 seizoensgevoelig is, zal dat nu meehelpen, maar houdt er rekening mee dat er na de zomer een tweede golf aan kan komen.

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/11/2020 7:34:30 AM
Subject: Analyse (10)(2e) (2)
Received: Mon 5/11/2020 7:34:31 AM
Hadden ze het wel over COVID-19.docx

En nog een

From: (10)(2e), (10)(2e). < (10)(2e) @minaz.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 11:51
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e). < (10)(2e) @minaz.nl>; (10)(2e). < (10)(2e) @minaz.nl>
Subject: FW: Lees aub en verspreid het onder de juiste mensen.

Hoi (10)(2e)

Zie hieronder en bijgevoegd.

Groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e) @ (10)(2e) nl]
Verzonden: vrijdag 8 mei 2020 11:05
Aan: (10)(2e) @minaz.nl; (10)(2e), (10)(2e).
Onderwerp: Lees aub en verspreid het onder de juiste mensen.

Er is zoveel meer nieuw onderzoek beschikbaar.
Aub laat het bijgaande stuk relevante mensen lezen

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @minvws.nl'[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; ... @rivm.nl]

From: (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 10:31:44 AM
Subject: RE: Agenda LGO 25 mei a.s.
Received: Fri 5/22/2020 10:31:46 AM
Bijlage 1 RIVM kaders en richtlijn kantooromgeving per 1 juni 2020.docx

Allen,

Hierbij de toegezegde uitwerking van "1,5 meter bij het RIVM". Let op: bespreking in de DR is komende dinsdag. Dus nog geen besluit genomen. Maandag is bedoeld om jullie input te verzamelen tbv de bespreking in de DR door Aginus.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
(10)(2e) Stafeenheid Finance, Compliance en Control (FCC)
Werkplek: Gebouw (10)(2e)
T: 030 - (10)(2e)
M: 06 - (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
www.rivm.nl

Van (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 20 mei 2020 16:54
Aan: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @minvws.nl' <(10)(2e) @minvws.nl>; ... <(10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Agenda LGO 25 mei a.s.

Goedemiddag,

Bijgaand de agenda voor het LGO van maandag 25 mei a.s. welke via GoToMeeting zal plaatsvinden. Onderstaand de gegevens maar deze zullen ook in de afspraak worden bijgevoegd.
Voor agendapunt 3: *1,5 meter samenleving binnen het RIVM* zal vrijdagmiddag nog een document worden nagezonden.

Hartelijke groeten,
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

M +31 (0)6 (10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven

LGO
Mon, May 25, 2020 10:00 AM - 11:30 AM (CEST)

Please join my meeting from your computer, tablet or smartphone.
(10)(2g)

You can also dial in using your phone.
Netherlands (Toll Free): 0 800 (10)(2e)
Netherlands: +31 (10)(2e)

Access Code: (10)(2g)

New to GoToMeeting? Get the app now and be ready when your first meeting starts:
(10)(2g)

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 6/22/2020 12:15:14 PM
Subject: FW: Corona en Brabant
Received: Mon 6/22/2020 12:15:14 PM
thema-covid-19-bernhoven.pdf

Hoi (10)(2e), hierbij nog een stukje in Ned Tijdschrift Med Microbiologie van (10)(2e) (collega (10)(2e) (10)(2e) over de gebeurtenissen in Bernhoven.

Dat geeft misschien nog wat aanknopingspunten om een goede onderzoeksvraag te formuleren en de specifieke data die we vanuit Bernhoven verder zouden willen analyseren.

Groet,
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

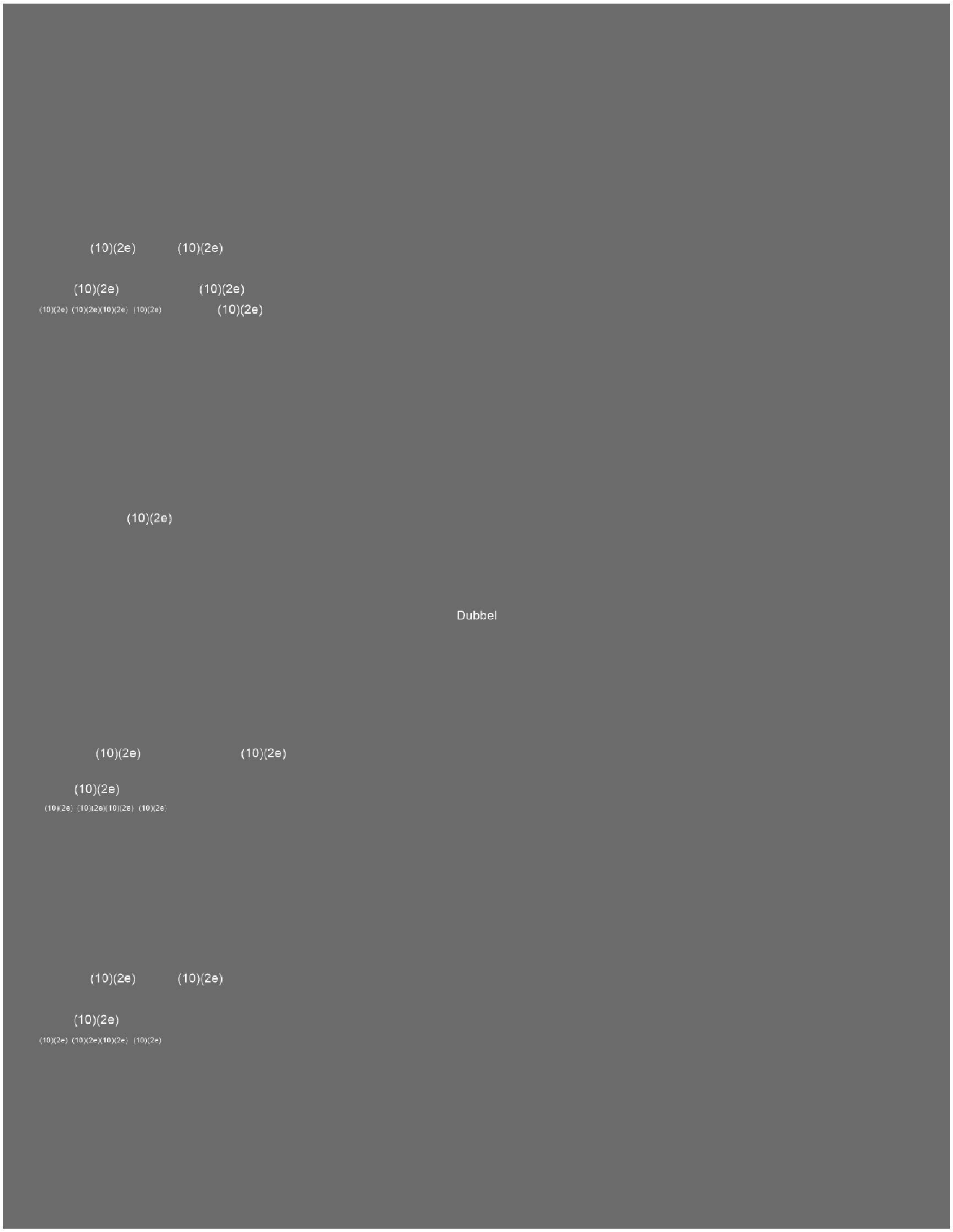
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)


(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
Dubbel
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)

287874

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 6/22/2020 11:14:16 AM
Subject: FW: Corona en Brabant
Received: Mon 6/22/2020 11:14:17 AM

We moeten nog afstemmen met (10)(2e) wat precies de vraagstelling is en welke informatie we dan vanuit Bernhoven nodig hebben. Eerste verzoek was inderdaad wat ongericht. Heel mooi dat ze willen delen en kennelijk zelf nog geen plannen hebben.

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 8:42:19 AM
Subject: RE: wijziging osiris
Received: Fri 5/29/2020 8:42:19 AM

Ik zou er voor pleiten om geen vragen over PIMS/Kawasaki toe te voegen of andere complicaties. (10)(2g) (10)(2g) Misschien dat het dan een enkele keer gemeld wordt in Osiris bij een kind met COVID-19 maar wat doen we daar dan mee? Volgens mij is er al een oproep vanuit de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde aan alle kinderartsen om dit te rapporteren en zo een landelijk overzicht te krijgen. Het lijkt me beter dit bij de beroepsgroep te laten.
Groet,
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)


(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 1:36:33 PM
Subject: RE: sitrep controle
Received: Fri 5/29/2020 1:36:33 PM

Dank je!

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 15:36
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: sitrep controle

Dan doe ik het!

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 15:35
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: sitrep controle

Oeps, nu zie ik net uitnodiging voor OMT COVID en nertsen voor woensdag 3 juni van 9:15-11:15
Dus dan wordt SitRep voor mij lastig die dag

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: vrijdag 29 mei 2020 15:27
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: sitrep controle

Dank je, vooralsnog schat ik in dat ik het schema wel aan kan houden.
Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 13:03
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: sitrep controle

Hoi (10)(2e),

Volgens de planning zou jij zondag en volgende week meerdere dagen de sitrep controle doen. Ik kan me voorstellen dat dit niet gaat lukken nu. Laat het vooral weten zodat ik het kan overnemen, dat is echt geen probleem

Groet (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 6/3/2020 3:41:41 PM
Subject: RE: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID
Received: Wed 6/3/2020 3:41:41 PM

Mooi initiatief.
We weten dat verzuimdata als eerste een signaal laten zien bij een opkomende epidemie van een respiratoire infectie.

In artikel van (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2600280/pdf/07-1467_finalR.pdf):
"For early warning surveillance, timeliness is crucial. Absenteeism data seem to have the best timeliness, but their lack of medical detail complicates interpretation. Unexpectedly, the hospital data reflect respiratory pathogen activity earlier than the GP data".

(N.B. Dus ook nog pleidooi voor SARI surveillance. Is inmiddels bevestigd in studies van (10)(2e) dat je eerst een signaal ziet in ziekenhuizen, daarna pas bij de huisarts)

Het is natuurlijk wel de vraag of het verzuimgedrag niet sterk veranderd als veel werknemers blijven thuiswerken (minder snel ziekmelden als je thuiswerkt?).

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 13:07
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID

Hierbij **vertrouwelijke** data over verzuimgegevens in relatie tot Covid-19. Volgende week even bespreken of we hier wat in zien? Ze hebben al een dashboard *

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) Dubbel
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/25/2020 12:48:52 PM
Subject: RE: delays in Osiris monitoren
Received: Mon 5/25/2020 12:48:53 PM

Hoi, weten we of LCI hier ook niet mee bezig is? Zij maken toch kwartaal- en jaarrapportages over de meldingssnelheid (van alle meldingsplichtige infectieziekten) in opdracht van de Inspectie?
Ze zouden dat dus ook voor COVID-19 moeten doen. Niet alle termijnen uit het lijstje die wij willen bekijken zijn wettelijk vastgelegd maar een paar natuurlijk wel.

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:45
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: delays in Osiris monitoren

Aha, alleen in de excel, ja, dat kan wel per GGD, dat kan extra inzicht geven.

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:41
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: delays in Osiris monitoren

Met de sitrep bedoel ik de excel-file in dit geval, en lijkt me geen probleem om het daar per GGD weer te geven. Hoewel gevoelig is dit wel belangrijke info ihkv onze taak als CIb. Ik had niet bedacht om landelijke vertragingen in de pdf weer te geven en vraag me ook af of hier behoefte aan is?
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:23
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: delays in Osiris monitoren

Ja, deze lijst lijkt me dan wel compleet.

Ik zou het alleen niet per GGD weergeven: daar zouden we toestemming voor moeten vragen aan de reg cie, en (10)(2g) Overall landelijk en per maand lijkt me voldoende. En heel handig als dit in de sitrep komt.

Ik denk dat (10)(2e) en (10)(2e) deze delays ook standaard monitoren, ik zal de vraag nog even langs hen sturen.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 14:10
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: delays in Osiris monitoren

Hoi,
Ik heb het R-team ((10)(2e)) eerder gevraagd naar een aantal delays te kijken en verandering over de tijd, ben bang dat dit is blijven liggen in de drukte.
Lijkt mij ook goed om de vertragingen standaard in de sitrep excelfile op te nemen. En dan maar meteen alle stapjes, zodat we op elk moment elk delay inzichtelijk hebben.

We zouden dan kunnen vragen om net als nu bij leeftijd voor alle meldingen, zkhopnames en overledenen het gemiddelde, de mediaan, IQR en min en max te rapporteren. En dan per maand overall en per GGD?
Groeten,
(10)(2e)

- EZD tot datum lab positief
- Datum lab positief tot datum melding bij GGD
- EZD tot datum melding bij GGD
- Datum melding bij GGD tot datum melding aan RIVM
- EZD tot datum melding aan RIVM
- EZD tot opnamedatum
- Opnamedatum tot datum melding opname aan RIVM
- EZD tot overlijdensdatum
- Overlijdensdatum tot datum melding overlijden aan RIVM

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 13:41
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: delays in Osiris monitoren

Hoi,

Vanuit de BCO werkgroep is een vraag mbt delays – zie onder.

Ik denk dat het nuttig zou zijn om een aantal delays/periodes routinematig te schatten (mediaan, en veranderingen erin over de tijd). Dit is erg relevant voor het beroemde dashboard dat eraan komt.

- EZD tot datum lab positief
- EZD tot datum melding bij GGD
- EZD tot datum melding aan RIVM
- EZD tot opnamedatum
- Opnamedatum tot datum melding opname aan RIVM
- EZD tot overlijdensdatum
- Overlijdensdatum tot datum melding overlijden aan RIVM

Zijn dit alle relevant periodes, moet dit nog wat aangepast worden? Als we dit lijstje compleet hebben, zou het R team het in kunnen bouwen.

Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 12:16
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: M&E indicatoren BCO

Mee eens dat dit een belangrijke indicator is, targets moeten echter wel realistisch zijn. Het is real-life dat mensen zich niet op EZD=0 melden met klachten en er al daardoor al een aanzienlijk delay is bij melding. De stappen die allemaal meetbaar zijn, betreffen: EZD – testen – positieve uitslag – melden – contactlijst samenstellen – contacten bellen. (10)(2g)

Is bekend uit Osiris wat de mediane periode is tussen EZD index en melding bij de GGD? En vooral ook hoe dat in de weken verandert met een actiever testbeleid?
Mijn advies is om ons niet vast te pinnen op een niet-haalbare target. Wel belangrijk om al deze stapjes in het proces te meten en te kunnen analyseren.
Hoor straks nog wel even wat we hier neerzetten.
Groet, (10)(2e)

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1, Interne postbak (10)(2e)
3720 BA Bilthoven
Mob: 06-(10)(2e)
(10)(2e)@RIVM.nl
www.rivm.nl/infectieziekten

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 12:09
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: M&E indicatoren BCO

Hoi (10)(2e)

Dank voor de nieuwe versie, ziet er goed uit. Mijn enige punt is mbt indicator 10 (Tijd tussen EZD index en contacten geïnformeerd. Target: 5 dagen). Omdat het serial interval geschat wordt rond de 4 dagen, is 5 dagen aan de trage kant. Een target van 3 of 4 dagen zou beter zijn.

Ik denk dat het goed is om bij de effectiviteitsindicatoren expliciet te noemen dat ook de patient en notification delays hierbij een rol spelen, en dat daar dus ook veel aandacht voor moet zijn om het te beperken.

groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 10:16
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: M&E indicatoren BCO

Dank (10)(2e),

Alle suggesties over genomen.
De aios IZB ((10)(2e)) maakt nog een beter visualisatie van het proces/tijdslijn in Visio. We proberen dat rond het middaguur af te hebben.
Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 08:54
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: M&E indicatoren BCO

Hoi (10)(2e)

Dank en hierbij mijn toevoegingen in het document, inclusief nog een hoog relevante indicator.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 21 mei 2020 22:05
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: M&E indicatoren BCO

Beste (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e),

Bijgevoegd een korte beschrijving M&E + M&E indicatoren BCO + visualisatie tijdslijn. De variabelen die nodig zijn voor de BCO-indicatoren zijn ingebouwd in HPZone/Osiris en worden daar nu ingebouwd.

Er zijn nog (veel) meer indicatoren en berekeningen te maken met de BCO-variabelen, maar in deze opzet hebben we de relevantste geprobeerd te formuleren.
Morgen ben ik op het RIVM.

Groet, (10)(2e)

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), MSc PhD
(10)(2e) Maatschappij en Gezondheid/epidemioloog
(10)(2e) tuberculosebestrijding,
RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1, Interne postbak (10)(2e)
3720 BA Bilthoven
Mob: 06 (10)(2e)
(10)(2e)@RIVM.nl
www.rivm.nl/infectieziekten

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 1:59:46 PM
Subject: FW: Uitbreiding Nivel surveillance
Received: Fri 5/22/2020 1:59:46 PM
Powerberekening RIVM.doc

Hoi (10)(2e), zoals je weet heeft het OMT en ook VWS in brief aan Tweede Kamer aangekondigd dat de peilstations worden uitgebreid. VWS zou dat gaan regelen met Nivel, maar er zijn aan de kant van Nivel kennelijk nog veel onduidelijkheden. We moeten natuurlijk ook benadrukken dat de opdracht van VWS niet alleen naar Nivel moet maar ook naar RIVM (IDS) ivm de virologische analyses. En daar hangt uiteraard ook een prijskaartje aan. Zie jij zo'n uitbreiding zitten (indien gefinancierd)?

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: vrijdag 22 mei 2020 14:51
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Uitbreiding Nivel surveillance

Voor (regionale) monitoring COVID-19 epidemie en voor preparedness toekomstige epidemieen zeker noodzakelijk. Voor de reguliere influenza surveillance ligt het wat anders: met de huidige beperkte omvang blijken ILI syndroomsurveillance en virologische gegevens toch verrassend robuuste data te leveren.

De discussie rond uitbreiden peilstations speelde ook rond 2009. Er is toen ook wat gemodelleerd door (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) zie bv de bijlage.

Maar: meer lijkt me ook beter. Wel moet IDS (10)(2e) ook betrokken worden want het zou een forse uitbreiding betekenen van aantal te analyseren monsters. Ook gaat het aan de lab kant om een zeer hoog jaarbudget, komende jaar (?) zal dat waarschijnlijk geen probleem zijn, maar een structurele extra investering van ongeveer (10)(2b) euro per jaar (alleen voor IDS!) kan op een gegeven moment toch wel problematisch worden.

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 14:22
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Uitbreiding Nivel surveillance

Hoi,

Zie mijn mailwisseling met (10)(2e) hierover. Zelf denk ik ook dat het voor de lange termijn, ook voor influenza en RSV en andere respiratoire surveillance goed zou zijn als er betere regionale dekking komt van de peilstations. Ik begrijp dat de uitbreiding al een wens was na de 2009 pandemie (?).

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>
Sent: woensdag 20 mei 2020 15:26
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Re: Nivel peilstations vs teststraten

Ja, maar we gaan gewoon uitbreiden hoor. Nu de kans, waar we nog jaren plezier van kunnen hebben. Gr (10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPad

Op 20 mei 2020 om 08:45 heeft (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl> het volgende geschreven:

Hoi (10)(2e)

287884

De Nivel peilstations worden uitgebreid om betere landelijke en regionale dekking te krijgen.
Als mensen blijvend laagdrempelig bij de teststraten worden getest, is wel de vraag wat deze sentinel surveillance nog toe zal voegen. We horen uit andere landen dat ze bijna geen data meer krijgen uit GP sentinel surveillance omdat patienten daar al massaal buiten de huisarts om worden getest. Vraag is wat dit ook voor het winterseizoen gaat betekenen voor de influenzasurveillance. Dat zou dan evt ook via de teststraten kunnen.

Ik denk dat het nog steeds een goed idee is om de peilstations uit te breiden, maar wel goed om hier voorbereid op te zijn.

Groeten,
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

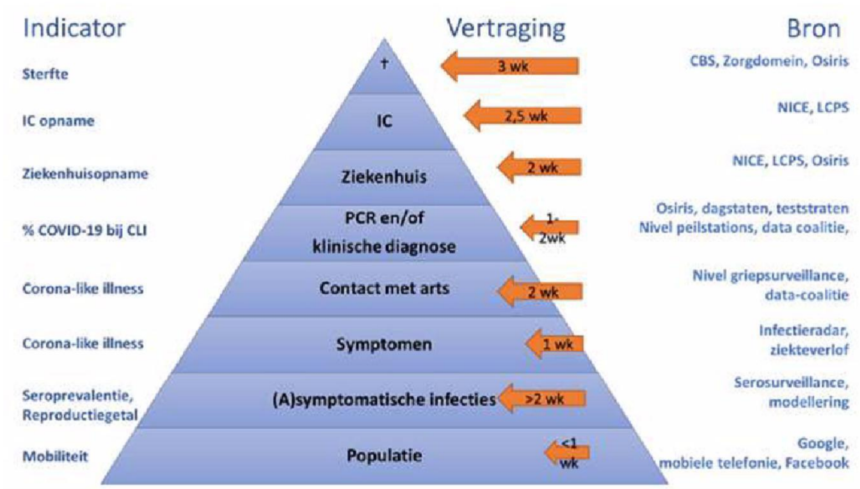
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

287884

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 11:17:57 AM
Subject: RE: syndroom surveillance ILI
Received: Fri 5/22/2020 11:17:57 AM

Plaatje van (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) voor OMT:



From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 12:55
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: syndroom surveillance ILI

Ok thanks!
Voor covid epidemsiche periodes komt daar natuurlijk meldplicht bij? Wat nog meer?

Vriendelijke groet / kind regards,
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
+310 (10)(2e) @ (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 12:48
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: syndroom surveillance ILI

Hoi (10)(2e), voor COVID-19 is veel meer beschikbaar dan voor influenza, maar ik neem aan dat het in VEO gaat om de 'normale' situatie, dus niet specifiek corona-epidemische periodes.

Dan hebben we:

1. Asymptomatische infecties onder algemene bevolking: normaal niet in beeld; voor COVID wel via o.a. PIENTER, Sanquin
2. Respiratoire symptomen algemene bevolking die niet tot arts-bezoek leiden: Infectieradar als opvolger van GGM. In Europees verband sluit Infectieradar aan bij Influenzanet.
3. Eerste lijn: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: twee systemen; 'surveillance' (syndroomsurveillance, o.a. ARI, pneumonie) en 'peilstations' (syndroomsurveillance ILI + virologie).
4. Ziekenhuizen: SARI surveillance hebben we in Nederland nog steeds niet echt. We hopen natuurlijk wel de systemen die nu ivm COVID zijn gestart vast te kunnen houden.
5. Sterfte monitoring

3 en 5 zijn inmiddels zeer beproefde, robuuste systemen
2 (Infectieradar) gaan we vanuit dat die als routine surveillance instrument blijft bestaan ook na COVID
1 vereist serologische surveys; worden voor influenza in Europa alleen door Noorwegen ieder jaar gedaan
4 (SARI) (10)(2g)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 12:25
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: syndroom surveillance ILI

Hi (10)(2e).
Voor het VEo project willen we in Rdam een 'pyramide' studie opzetten waarbij we op zoveel mogelijk surveillance levels data willen verzamelen including sewage.
Wbt ILI etc; wat is daar aan landelijke surveillance? Ik dacht:

1. Infectieradar
2. Syndroom surveillance?
3. NIVEL peilstations (ncl diagnostics)
4. ?

Vriendelijke groet / Kind regards
(10)(2e)

Dr. (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (PhD)

(10)(2e) afdeling Epidemiologie en Surveillance Intestinale Infecties & Zoonoses
Nationaal Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

(10)(2e) *of Department Epidemiology and Surveillance Enteric Infections & Zoonoses*
National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)

Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA Bilthoven, Nederland
Tel.: 0031 (0)30- (10)(2e) / 0031 (6) (10)(2e) Email: (10)(2e) @rivm.nl; Twitter: @RIVM, @ (10)(2e)

Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721MA Bilthoven (The Netherlands) | (+31) (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl Twitter: @RIVM, @ (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/20/2020 4:37:24 PM
Subject: RE: aanpassing osiris
Received: Wed 5/20/2020 4:37:24 PM

Aparte vraag over Plaats van testen: teststraat, huisarts, ziekenhuis, commercieel lab etc lijkt me geen relevante informatie opleveren, naast wat al beschikbaar is.

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)


(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Dubbel
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) LekkerCryptisch
Sent: Wed 6/3/2020 12:28:52 PM
Subject: Re: FW: Spoed: Verzoek brongegevens
Received: Wed 6/3/2020 12:29:11 PM

Goedemiddag (10)(2e)
Ik wacht nog op antwoord op vraag 2, 3, 4 en 6. Klopt dat, of heb ik iets gemist? In dat laatste geval: excuus mijnerzijds!

Vriendelijke groet,
(10)(2e)

On Fri, 29 May 2020 at 15:21, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl> wrote:

Dag (10)(2e),

Ik heb van (10)(2e) (10)(2e) info over de broncode: De code delen we iniet, de data waar het op gebaseerd is ook niet.

Korte uitleg:

-de gegevens zijn niet van het RIVM, maar van NICE en van de GGDen, wij kunnen deze gegevens niet delen. Toegang tot de gegevens kan iedereen zelf wel aanvragen bij NICE en bij de OSIRIS registratiecommissie. Er wordt gewerkt aan het beschikbaar maken van de gegevens, er zijn checks nodig om zeker te weten dat nergens privacy gevoelige gegevens onthuld worden (bijvoorbeeld een geboortedatum verwisseld met eerste ziektedatum).

-de code is wel van het RIVM. Ook hier wordt gewerkt aan een publicatie van onderzoek zodat we de code beschikbaar kunnen maken, en zijn er checks nodig om zeker te weten dat er nergens vertrouwelijke informatie of zaken in staan waarmee privacy gevoelige informatie kan worden onthuld. De code voor de belangrijkste stappen van de berekeningen zijn wel terug te vinden in eerdere publicaties, en anders is met vergelijkbare code van andere onderzoeksgroepen voor dezelfde algoritmes het ook mogelijk deze stappen na te rekenen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 6/12/2020 7:36:39 AM
Subject: RE: Reconstructie Corona NRC
Received: Fri 6/12/2020 7:36:40 AM

Ha (10)(2e) Vanuit Den Haag was een overweging nu niet in te gaan op "reconstructies", die de latere eigen reconstructie doorkruizen. Immers, we hebben zelf de tijdlijn nog niet op een rij, en dat moet mi eerst maar gebeuren. Jammer, maar is nu niet anders.
MvrGr, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 11 juni 2020 13:35
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Reconstructie Corona NRC

Dag (10)(2e),

Onderstaand verzoek van (10)(2e) (10)(2e) van NRC. Zijn eerste verzoek is al wat langer geleden, maar hij herinnert mij hier – op overigens vriendelijke wijze – regelmatig aan.

We hebben steeds de lijn aangehouden dat we eerste onze eigen reconstructie maken. Dit gaat echter nog wel even duren. Je ziet ook dat de media daar niet op wachten. Ik zou daarom voor willen stellen om een afspraak met hem te maken en hem van informatie te voorzien. Max 1 uur. Is dat ok wat jou betreft?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nrc.nl>
Verzonden: dinsdag 26 mei 2020 11:08
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Reconstructie Corona NRC

Beste (10)(2e),

Hierbij zoals beloofd schriftelijk nog eens het verzoek dat we een paar keer telefonisch bespraken:

Samen met een collega werk ik aan een reconstructie van de politiek-bestuurlijke aanpak van de coronacrisis. Voor deze verhalen hebben we inmiddels een uitgebreid netwerk van direct betrokkenen meermalen off the record gesproken over hun ervaringen. Zoals we eerder al enkele keren verzochten, zouden we ook graag op die basis met Van Dissel spreken – als dat echt onmogelijk is, spreken we graag (10)(2e) (10)(2e). Ook spreken we graag met (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (die laatste heeft al gezegd ons graag te woord te staan, maar het verzoek via jullie te doen).

We zijn inmiddels enkele weken voor de beoogde publicatiedatum. Het RIVM speelt een belangrijke rol in een aantal essentiële elementen van het verhaal: publieksvoorlichting in het begin van de crisis, ontwikkeling van en discussies over het testbeleid/casusdefinitie, kennis binnen het RIVM van de laatste wetenschappelijke inzichten over het virus, advisering aan het kabinet via het OMT en de discussies over lockdown. In onze ogen zijn een of twee goede gesprekken met bepalende mensen binnen het RIVM veel efficiënter en inzichtelijker dan schriftelijk vragen en antwoorden uitwisselen, ook voor jullie.

Ik hoor graag van je wat de mogelijkheden zijn.

Vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e)
NRC
06 (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 2:40:21 PM
Subject: Opzet communicatieplan
Received: Fri 5/29/2020 2:40:22 PM
Communicatieplan Rioolwater en nieuw coronavirus.docx

Hoi (10)(2e) (10)(2e),

Goed om elkaar vanmiddag gesproken te hebben!
De uitnodiging voor het wekelijkse bijpraatmoment met de afdeling zie ik wel verschijnen. Is het nog zinvol als wij een half uur in de week (of in de 2 weken) inplannen? Of bekijken we dat adhoc?

In de bijlage vind je mijn opzet voor het communicatieplan. Het zou heel fijn zijn als jullie dit volgende week willen aanpassen en aanvullen. Dan kan ik daar in de week van 8 juni weer mee verder. Dan kunnen we ook gelijk concreet aan de slag. Wellicht is het op sommige punten wat uitgebreid, maar dat kunnen we altijd nog inkorten.

Voor nu een goed weekend. En we spreken elkaar in de week van 8 juni.

Hartelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

RIVM
Postbus 1
3720 BA BILTHOVEN
M (06) (10)(2e)
http://www.rivm.nl

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) LekkerCryptisch
Sent: Thur 5/28/2020 1:01:33 PM
Subject: Re: FW: Spoed: Verzoek brongegevens
Received: Thur 5/28/2020 1:01:55 PM

Hi (10)(2e)
> Ik neem iedere journalist serieus, daarom heb ik al veel tijd aan je vragen besteed.

Daarvoor veel dank. Het is niet mijn bedoeling om je er persoonlijk op aan te spreken.

Wat betreft de zittende macht, tja – daar zit wel wat ironie. Het RIVM is via het OMT lange tijd één op één gekoppeld geweest aan het beleid. Het werd immers als 'heilig' beschouwd door het kabinet. Mijn frustratie is gestoeld op de on-ge-lo-fe-lijke moeite die het kost om informatie op tafel te krijgen om iets zinnigs te kunnen zeggen over de onderbouwing van uitspraken, beleid, protocollen, enzovoorts.

Nog steeds heeft het OMT (en dus ook het RIVM) veel invloed op wat er in Den Haag gezegd wordt. In technische briefings of – als afgeleide – via ministers. Ik had daarom gehoopt dat ik bij het RIVM concretere antwoorden kon krijgen. De ministeries zijn nóg lastiger te bereiken. Het valt me zwaar (tegen) dat, juist in een tijd dat openheid en kritiek zeer belangrijk is, Nederland zo ondoorzichtig en obscuur is (geworden).

Nogmaals, dat is geen kritiek op jou, ik ben blij dat jij me te woord staat :)

Mijn conclusie is nu dat:

A) Er geen wetenschappelijke basis is voor de uitspraak dat 'mondmaskers schijnveiligheid tot gevolg hebben'.
B) De uitspraken van (10)(2e) gegeven wat er publiek bekend is van het OMT, onverklaarbaar zijn en mogelijk persoonlijk van aard zijn.
C) Er in deze context geen (wetenschappelijke) onderbouwing is of bekend is voor het terzijde schuiven van het voorzorgsprincipe.
D) Het op dit moment onmogelijk is meer informatie vanuit het RIVM of het OMT te verschaffen hierover.

Ik kijk vooruit naar informatie over de overige vragen.

Dank, fijne dag nog,
(10)(2e)

On Thu, 28 May 2020 at 14:37, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl> wrote:

Dag (10)(2e)

Ik neem iedere journalist serieus, daarom heb ik al veel tijd aan je vragen besteed. Je laatste opmerking vind ik wel opmerkelijk. Het RIVM is niet 'de zittende macht', we zijn hebben een coördinerende rol in de infectieziektenbestrijding, het OMT is adviserend. Dat is de reden dat ik je wijs op de OMT pagina, omdat ik – onterecht – de indruk had dat je daar niet van op de hoogte was. Voor de zittende macht moet je in Den Haag zijn.

De adviezen zoals ze er zij, zijn terug te lezen in de OMT adviezen. Die zijn niet in steen gebeiteld. Inzichten kunnen wijzigen en dat wordt het weer besproken. Ik ben inderdaad niet het juiste loket om in discussie te gaan. Uiteindelijk kan alleen (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) zelf zijn eigen uitspraken toelichten, maar daarvoor ontbreekt bij hem nu de tijd. Zijn uitspraken komen voort uit wat er in het OMT is besproken.

Groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) | LekkerCryptisch <(10)(2e)@lekkercryptisch.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 14:19
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: Re: FW: Spoed: Verzoek brongegevens

Hi (10)(2e)

Ik ben bekend met de OMT-adviezen, maar daarmee krijg ik mijn vragen niet beantwoord.

(10)(2e) stelligheid gaat veel verder terug dan 4 mei. Op de vraag waarmee die stelligheid te verantwoorden is, verwijs je naar een algemene en aspecifiek document waarin het antwoord niet te vinden is. Datzelfde gebeurt nu op de vraag hoe het terzijde schuiven van het voorzorgsprincipe is verantwoord. Op sommige vervolgvragen in het gesprek volgt überhaupt geen antwoord.

Het gevoel bekruipt me daarom dat mijn vragen niet helemaal serieus genomen worden. Ben ik aan het verkeerde loket om de benodigde informatie te achterhalen? Onderliggend hieraan: hoe kan een journalist de zittende macht controleren zonder over cruciale informatie te beschikken? Hoe kan ik deze vragen concreet beantwoord krijgen, zonder van het kastje naar de muur gestuurd te worden?

Groet,

(10)(2e)

On Thu, 28 May 2020 at 13:54, (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> wrote:

Dag (10)(2e)

De onderbouwing kun je terugvinden in het OMT advies.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) | LekkerCryptisch <(10)(2e)@lekkercryptisch.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 13:39
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: Re: FW: Spoed: Verzoek brongegevens

Hi (10)(2e)

> Mogelijk dat ze eerder op basis van de ECDC berichtgeving wat stelliger waren.

Ik kan alle fragmenten van (10)(2e) erbij zoeken, maar ik denk dat dit NRC-artikel boekdelen spreekt: "Wekenlang hamerde hij [(10)(2e)] op de schijnveiligheid van mondkapjes en het risico dat mensen zich daardoor met een mondkapje juist onzorgvuldiger gaan gedragen. Hij toonde zich ronduit een tegenstander."

> De literatuur over het effect van het dragen van niet-medische mondmaskers in de openbare ruimten is niet eenduidig en de resultaten spreken elkaar tegen.

Precies, dat is zo. Maar genuanceerder is: er zijn studies die geen tot weinig effect meten en er zijn studies die wel effect meten. Er is nog geen consensus en dus volgt de vraag: kunnen mondmaskers een bijdrage leveren aan het dempen van verspreiding? Nemen we hier voorzorg, of niet?

Het niet nemen van voorzorg wordt vervolgens verantwoord met het idee dat "mondneusbescherming echter ook een gevoel van schijnveiligheid kan creëren", een uitspraak waar géén wetenschappelijke onderbouwing voor bestaat.

En dan hebben we het nog niet eens over de mogelijkheid van verspreiding via aerosolen gehad, dus laten we dat voor het gemak even buiten beschouwing laten.

Ik wil heel graag voorkomen dat ik onterecht en voorbarig de conclusie trek dat, vanuit een perspectief van beslissen in onzekerheid, de plank structureel misgeslagen wordt. Daarom nog eens de vraag: wat is de onderbouwde redenering

voor het *niet* opnemen van mondmaskers in het arsenaal van voorzorgsmaatregelen? Met welke onderbouwing is het potentiële positieve effect ervan terzijde geschoven? Welke onderbouwing geeft (10)(2e) het idee dat hij "wekenlang op de schijnveiligheid van mondkapjes" kan hameren?

Vriendelijke groet,

(10)(2e)

On Thu, 28 May 2020 at 13:22, (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> wrote:

Dag (10)(2e),

Wat betreft de mondkapjes:

We bevinden/bevonden ons in een situatie van een uitbraak van een infectieziekte. Daartoe werd een Outbreak Management Team bij elkaar geroepen. Zij bespreken op basis van actuele informatie, hun vakkennis en beschikbare wetenschappelijke literatuur hoe de uitbraak bestreden kan worden. Ook gaan ze in op de risico's en onzekerheden van maatregelen. In dat kader is een advies door het OMT gegeven over de mondkapjes. Je kunt dit terugvinden in de OMT adviezen onderaan de betreffende pagina: https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/omt, het gaat dan om het 11e advies dd 4 mei 2020. Hierin is onder meer te lezen: 'De literatuur over het effect van het dragen van niet-medische mondmaskers in de openbare ruimten is niet eenduidig en de resultaten spreken elkaar tegen.'

Verder staat er:' Mondneusbescherming kan als aanvullende maatregel de aandacht voor social distancing en hygiënemaatregelen versterken. Mondneusbescherming kan echter ook een gevoel van schijnveiligheid creëren waardoor andere maatregelen niet goed meer opgevolgd worden. In dat geval kan het gebruik van niet-medische maskers die maar een beperkte bescherming bieden, leiden tot een toename van infecties met COVID-19.' Met de stelligheid van de uitspraken valt het dus wel mee. Mogelijk dat ze eerder op basis van de ECDC berichtgeving wat stelliger waren, maar we hebben te maken met voortschrijdend inzicht over een nieuwe uitbraak. Het OMT advies van 4 mei is de meest recente informatie.

Als er voldoende nieuwe inzichten komen, dan zal dit onderwerp opnieuw in het OMT worden besproken.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) | LekkerCryptisch <(10)(2e)@lekkercryptisch.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 10:53
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: Re: FW: Spoed: Verzoek brongegevens

287908

Goedemorgen (10)(2e)

Allereerst, veel dank voor je bericht en fijn dat er wat beweging in komt!

> Wat betreft de modellen: hiervoor hebben we een pagina op de website in voorbereiding. Ik stuur je in bijlage alvast de pdf die hier bij hoort.

Dank! Goed om te lezen dat er een pagina in de maak is om meer te vertellen over de manier(en) waarop er nu gemodelleerd wordt.

Wat ik nu kan afleiden aan de meegestuurde PDF is dat het om publicatie gaat van de zoektocht naar enkele van de gebruikte modelwaarden. Waar ik nu primair naar opzoek ben is de broncode waarmee de in de technische briefing getoonde grafieken (cq. meetpunten en voorspellingen) mee worden gegenereerd. Het lijkt vergelijkbaar met wat door Imperial College is gepubliceerd, maar er zijn ongetwijfeld aanpassingen gedaan: het draaien daarvan levert minder en andere resultaten op.

Kan je de broncode naar me opsturen? Nogmaals: we hebben er geen probleem mee dat de code nog onvoldoende gedocumenteerd is.

> Mondmaskers en schijnveiligheid. Hiervoor baseren we ons op de expert opinion van het ECDC, zie https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-use-face-masks-community.pdf

>

> Nog een aanvulling op de mondkapjes en schijnveiligheid, ik krijg net bijgaande link. Hieruit blijkt dat er geen vooralsnog geen hard wetenschappelijk bewijs is uit gedragdswetenschappelij onderzoek. In de quickscan van literatuur die is uitgevoerd, is geen sterk wetenschappelijk bewijs gevonden dat het gebruik van mondkapjes ertoe leidt dat mensen zich zodanig veiliger voelen dat zij andere gedragsmaatregelen minder goed zullen toepassen:

Tja, hier heb ik moeite mee. In het opiniestuk van de ECDC ontbreekt het aan voetnoten. Er wordt iets over schijnveiligheid gezegd, maar de onderbouwing ervan ontbreekt ook daar.

Doen we zelf een literatuurstudie, zien we dat er geen basis is om een stellige positie in te nemen rondom schijnveiligheid of de werking van mondmaskers in het algemeen. Een paar dagen geleden verscheen een peer reviewed paper van professor Trisha Greenhalgh waarin op zijn minst aan de poten van de positie die het RIVM inneemt wordt gezaagd.

Opvallend is nu ook dat het RIVM zelf constateert dat vanuit gedragswetenschappelijk perspectief geen basis is voor de stelligheid waarmee 'schijnveiligheid' wordt gepropageerd.

Dat leidt me tot een aantal vragen. Is het RIVM bij monde van (10)(2e) te stellig in de uitspraken over de effectiviteit van mondmaskers? Is het RIVM bij monde van Van Dissel te stellig in de uitspraken over de bijwerkingen van mondmaskers, zoals schijnveiligheid? Is het RIVM van plan om daarover nuance aan te brengen in de communicatie vanuit het OMT richting de Tweede Kamer?

Het RIVM wordt regelmatig verwezen dat 'gebrek aan bewijs' wordt gezien als 'bewijs dat iets niet werkt'. Bijvoorbeeld:

er is nog geen wetenschappelijk consensus over de werking van mondmaskers, *dus* we nemen aan dat ze niet werken. Ziet het RIVM dat deze positie problematisch kan zijn? En hoe ziet het RIVM deze positie ten opzichte van mondmaskers?

Vriendelijke groet,

(10)(2e)

On Wed, 27 May 2020 at 17:45, (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> wrote:

Dag (10)(2e)

Nog een aanvulling op de mondkapjes en schijnveiligheid, ik krijg net bijgaande link. Hieruit blijkt dat er geen vooralsnog geen hard wetenschappelijk bewijs is uit gedragdswetenschappelij onderzoek. In de quickscan van literatuur die is uitgevoerd, is geen sterk wetenschappelijk bewijs gevonden dat het gebruik van mondkapjes ertoe leidt dat mensen zich zodanig veiliger voelen dat zij andere gedragsmaatregelen minder goed zullen toepassen:

https://www.rivm.nl/documenten/gedragswetenschappelijke-literatuur-over-mondkapjes

Van: (10)(2e) (10)(2e)
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 15:41
Aan: (10)(2e)@lekkercryptisch.nl' <(10)(2e)@lekkercryptisch.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: Spoed: Verzoek brongegevens

Dag (10)(2e),

1. Wat betreft de modellen: hiervoor hebben we een pagina op de website in voorbereiding. Ik stuur je in bijlage alvast de pdf die hier bij hoort.

5. Mondmaskers en schijnveiligheid. Hiervoor baseren we ons op de expert opinion van het ECDC, zie https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-use-face-masks-community.pdf

De overige vragen ben ik nog aan het uitzoeken. Kom ik op terug.\

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

----

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

RIVM - Persvoorlichting
Postbus 1 (postbak (10)(2e)
3720 BA BILTHOVEN
T +31 3 (10)(2e)
M +31 6 (10)(2e)
http://www.rivm.nl

From: (10)(2e) | LekkerCryptisch <(10)(2e)@lekkercryptisch.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:04
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: Spoed: Verzoek brongegevens

Goedemorgen (10)(2e),

Ik nog een aanvullend, zesde, verzoek.

De laatste weken lijkt er een groter gat te ontstaan tussen de wijze waarop het kabinet het beleid presenteert en de manier waarop het RIVM erover redeneert.

In de meest recente kamerbrief over de uitbraak staat het volgende:

"De strategie van maximaal controleren *houdt in dat we het virus indammen* op het moment dat het de kop opsteekt, net als in de beginfase van de epidemie. *Alleen zo* kunnen we mensen met een kwetsbare gezondheid blijven beschermen en zorgen dat de zorg het aankan. Pas *als we beschikken over een vaccin kunnen we groepsimmuniteit bereiken* en zijn we beschermd tegen het virus."

Uit de recente technische briefings van collega (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en een recent interview dat je hield met de NOS, maak ik op dat deze beschrijving niet overeenkomt met de manier waarop het RIVM de uitbraak beschouwt.

Mijn perceptie daarvan is dat het RIVM en de modellen van het RIVM op een ander spoor zitten: ervoor zorgen dat het zorgsysteem blijft functioneren en dat in die context het virus zich onder de bevolking kan verspreiden; een groot deel verloopt immers zonder symptomen of mild. Een gevolg daarvan is dat groepsimmuniteit ontstaat als bescherming. Een meer 'natuurlijk' verloop, vergelijkbaar met de manier waarop andere infectieziekten zich door de Nederlandse bevolking verspreiden.

Klopt mijn beschouwing van de stand van zaken? En klopt het dat het verschil tussen de perceptie van het RIVM en die van het kabinet het gevolg is van beleidskeuzes die formeel buiten de invloedsfeer van het RIVM liggen?

Hoop snel van je te horen!

Vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

On Fri, 22 May 2020 at 13:41, Peter | LekkerCryptisch <(10)(2e)@lekkercryptisch.nl> wrote:

Beste (10)(2e) (10)(2e),

Ik wil graag informatie ontvangen over enkele thema's rondom het advies dat het RIVM aan het kabinet geeft via de diverse organen waar het RIVM bij betrokken is.

Allereerst de modellen waarvan het resultaat via technische briefings het publieke debat bereikt. Ik ontvang graag A) de broncode van het model en B) de uitgangswaarden voor alle variabelen die worden gehanteerd in het gebruikte model. Over de ordentelijkheid van de broncode (A) hoeft u zich geen zorgen te maken – onze programmeurs kunnen er ongetwijfeld mee uit de voeten.

Ten tweede ontvang ik graag cijfermatige duiding bij de strategie waarop is ingezet: 'maximaal controleren'. Ervoor zorgen dat de zorg niet overbelast raakt kan met enkele duizenden besmettingen per, maar ook met vele tienduizenden besmettingen. Welke bandbreedte wordt er op nagehouden? Ik zie de documentatie die daarin inzicht geeft graag met spoed tegemoet.

Ten derde ontvang ik graag onderbouwing voor het openingsstatement in de gepubliceerde onderbouwing rond mondneusmaskers. Het gaat om: "Er zijn op dit moment geen aanwijzingen voor aerogene transmissie in openbare ruimten. Aerosolen worden uitsluitend gevormd tijdens aerosolvormende medische handelingen die buiten het bestek van dit advies vallen." Graag de wetenschappelijke voetnoten die bij dit cruciale statement horen.

Ten vierde ontvang ik graag informatie over de huidige wetenschappelijk onderbouwde opvatting van het RIVM

over de rol van superverspreiders en de manier waarop dat beleidsadvies beïnvloed heeft.

Ten vijfde ontvang ik graag de referentie(s) naar het onderzoek waarin geconcludeerd wordt dat "mondmaskers enkel schijnveiligheid" bieden. Deze uitspraak wordt met opvallende stelligheid geponeerd. Graag referenties naar de papers.

Veel dank voor het behandelen van mijn verzoeken!

Vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

Onafhankelijk researcher en auteur @LekkerCryptisch en andere (nieuws)platforms

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/26/2020 12:15:21 PM
Subject: FW: Ter info: Nieuwsbericht over afvalwater surveillance wordt nog niet gepubliceerd
Received: Tue 5/26/2020 12:15:22 PM
20201305 Nieuwbericht Nationale afvalwater surveillance def.docx

---

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 13:23
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Ter info: Nieuwsbericht over afvalwater surveillance wordt nog niet gepubliceerd

---

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 13:15
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Ter info: Nieuwsbericht over afvalwater surveillance wordt nog niet gepubliceerd

Ha (10)(2e)

Wil jij mij het nieuwsbericht sturen?

Gr (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 11:25
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Ter info: Nieuwsbericht over afvalwater surveillance wordt nog niet gepubliceerd

Dag allemaal,

Even een kleine aanvulling. We hebben de eerste persvraag (de persgroep die allerlei regionale kranten bedient) hier al over gekregen. We hebben daarbij aangegeven dat 'we sinds 1 april vervolgonderzoek doen, waarbij in afvalwater in heel Nederland wordt getest om de verspreiding van het nieuwe coronavirus verder in kaart te brengen. De (tussen)resultaten worden binnen enkele weken gepubliceerd'.

Advies is om hier ook een vraag en antwoord over op te nemen in het dossier over water op de website. Dat pakt (10)(2e) op samen met (10)(2e) en collega's.

Met groet, (10)(2e)

---

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

RIVM Stafeenheid Communicatie
Afdeling Programma's en Projecten
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
T 030 (10)(2e)
M 06 (10)(2e)
@ (10)(2e) @rivm.nl

http://www.rivm.nl
De zorg voor morgen begint vandaag

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 10:44
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
<(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e)
<(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: Ter info: Nieuwsbericht over afvalwater surveillance wordt nog niet gepubliceerd

Vanochtend vond overleg plaats tussen VWS, Unie van Waterschappen en RIVM. Unie van Waterschappen heeft hierin aangegeven behoefte te hebben aan eigen regionale berichtgeving. We hebben daarom besloten onze berichtgeving nog ongeveer twee weken uit te stellen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 7:18:18 AM
Subject: RE: document voor transparantie covid19 modellering op het rivm
Received: Fri 5/22/2020 7:18:19 AM

Goedemorgen allen,

In vervolg op het doorzetten van de dossiertekst van (10)(2e) nogmaals het verzoek de pagina over Rekenmodellen aan te vullen met de gegevens van (10)(2e).
Ik zie graag dat dit maandag met urgentie wordt opgepakt.
Ook gisteren tijdens Op1 bleek dat er weinig steekhoudende argumenten zijn waarmee de gekozen aanpak van corona op is aan te vallen. Wat dan telkens over lijkt te blijven is het aanpakken van het RIVM (en daarmee de basis van beleidsmaatregelen) op 'transparantie'. Buitenhof, Op1, vanuit de wetenschap, etc.
De input van (10)(2e) helpt deze discussie te pareren, waarna we proactief kunnen communiceren over onze transparantie.

Hartelijke groet, (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) Communicatie & Documentaire informatievoorziening (C&D)
06 (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA Bilthoven
www.rivm.nl

Ik werk zelf op onregelmatige tijden. Antwoord vooral op een tijdstip dat voor jou schikt.
RIVM, de zorg voor morgen, begint vandaag.

Van: (10)(2e) (10)(2e)
Verzonden: dinsdag 19 mei 2020 14:58
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: FW: document voor transparantie covid19 modellering op het rivm

Betreffende dossier transparantie en rekenmodellen

Hartelijke groet, (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) Communicatie & Documentaire informatievoorziening (C&D)
06 (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA Bilthoven
www.rivm.nl

Ik werk zelf op onregelmatige tijden. Antwoord vooral op een tijdstip dat voor jou schikt.
RIVM, de zorg voor morgen, begint vandaag.

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: dinsdag 19 mei 2020 14:55
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: document voor transparantie covid19 modellering op het rivm

Beste (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)
Hier is een nieuwe versie van het document waarin we vertellen wat we doen, waar alle gegevens zijn te vinden, waar de code staat.
Het is nu een beetje stil gevallen. We kunnen dit waar nodig herschikken en herschrijven zodat het geschikt is voor een website, daarvoor is het handig om even te overleggen op welke datum dit klaar moet zijn.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>

Sent: woensdag 6 mei 2020 16:46
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: document voor transparantie covid19 modellering op het rivm

Hi (10)(2e)

Dank, aanvullend; vanuit de DR vanmorgen kwam de vraag of we ook werken volgens de TOP Guidelines (https://www.cos.io/top).
Zo ja, dan graag verwerken in het dossier.

Hartelijke groet, (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) Communicatie & Documentaire informatievoorziening (C&D)
06 (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA Bilthoven
www.rivm.nl

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 6 mei 2020 11:52
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: document voor transparantie covid19 modellering op het rivm

Beste (10)(2e)
Hier is een eerste aanzet voor een document waarin we vertellen wat we doen, waar alle gegevens zijn te vinden, waar de code staat.
Ik heb ook even gekeken hoe andere public health instituten het doen. Een mooi voorbeeld vind ik Noorwegen, waar alles heel duidelijk beschreven staat. In de meeste andere landen (Engeland, Frankrijk, Belgie) is helemaal niets te vinden terwijl er wel veel wordt gemodelleerd.
Het document wordt nu verder aangevuld door de onderzoekers in de groep, maar het geeft alvast een beeld. De vraag aan jou is of je hier iets mee kan, wat volgens jou nog ontbreekt, wat volgens jou beter weggelaten kan worden.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Tue 5/26/2020 7:11:02 AM
Subject: Tekst modelleren en bronnen
Received: Tue 5/26/2020 7:11:03 AM
Rekenmodellen en COVID-19 v3-mh.docx
RIVM Modellering van COVID 20200506_DKJB.docx

Ha (10)(2e), (10)(2e)

Bijgaand mijn opmerkingen. (10)(2g) (10)(2g). Een pagina met de bijgaande tekst. Daarin moeten we dan heel expliciet aangeven dat we open en transparant zijn over onze berekeningen en onderliggende literatuur en databronnen. (10)(2g) (10)(2g)
Daarnaast kunnen we dan een aparte pagina maken waar we per onderwerp de data en publicaties ontsluiten. Als we die pagina beginnen met diezelfde alinea over openbaarheid van onze data kunnen we daarop blokken opnemen met per subonderdeel de data en publicaties.

Vinden jullie dat wat?

Hoor het graag!
Groet, (10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e)

RIVM Stafeenheid Communicatie
Afdeling Programma's en Projecten
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
T 030 (10)(2e)
M 06 (10)(2e)
@ (10)(2e) @rivm.nl

http://www.rivm.nl
De zorg voor morgen begint vandaag

To: (10)(2e) [(10)(2e) @nos.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/14/2020 12:38:37 PM
Subject: RE: Interview met terugblik
Received: Thur 5/14/2020 12:38:38 PM

Beste (10)(2e),
Er is een evaluatie aangekondigd en het is niet zinnig hier nu al op in te gaan.
Met vrGr,
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: info@rivm.nl
Sent: Mon 5/18/2020 12:36:09 PM
Subject: Melding nr. M2005 6378 onderwerp: Een verzoek van Argus...!
Received: Mon 5/18/2020 12:36:12 PM
Koolmonoxide-Argus.docx
ARGUS78LaatsteCorrectie.pdf

Beste collega,

Onderstaande mail is binnengekomen bij het RIVM Infopunt. Deze mail heeft het volgende kenmerk gekregen: M2005 6378.

Kun jij een inhoudelijke reactie geven zodat wij deze vraag/melding kunnen beantwoorden?
Graag ontvangen wij een reactie op deze mail binnen 5 werkdagen Zorg ervoor dat je de onderwerpregel niet aanpast.

Alvast bedankt voor je medewerking!

Met vriendelijke groet,

RIVM Infopunt

Verzoek:
E-mail adres: (10)(2e)@hotmail.com
Date sent: May 18, 2020 12:25 AM
To: (10)(2e)@rivm.nl" (10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Een verzoek van Argus...!

Geachte heer, mevrouw,

Voor onze tweewekelijkse opiniekrant *Argus* (zie pdf) interviewde ik de chemisch technoloog (10)(2e) (10)(2e) die stelt dat hij het probleem van koolmonoxidevergiftiging al vijf jaar vergeefs probeert aan te kaarten bij het RIVM. Het zou raar zijn om zijn klacht in ons blad af te drukken zonder dat het RIVM in de gelegenheid wordt gesteld daar op te reageren. Vriendelijk verzoek ik u om te laten weten of het relaas van Van Slooten bij u bekend is en in hoeverre dit soort geluiden beleidsmakers en onderzoekers inspireert bij het formuleren van maatregels.

Graag van u vernemend,
met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

06 (10)(2e)

287926

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @nivel.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/11/2020 12:25:18 PM
Subject: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points
Received: Mon 5/11/2020 12:25:18 PM

Hoi (10)(2e), nee ik heb geen verdere details. Ik hoop dat VWS ook inderdaad vandaag of morgen contact opneemt met Nivel. Tot nu toe is de ervaring dat alles wat van belang is voor de COVID monitoring en bestrijding 'gisteren' klaar had moeten zijn, (10)(2g)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nivel.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 13:59
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Ha (10)(2e)

Dank voor je bericht. Heb je ook enig idee wat voor tijdspad ze voor ogen hebben?

Op zich is de bereidheid van praktijken om mee te werken misschien wel groter dan normaal. Lastig is alleen dat we op dit moment nog werken met de P-module, waarin de pop-ups afgaan voor alle rubrieken. Als we praktijken alleen aan de respiratoire surveillance mee willen laten werken, zou de nieuwe R-module gebruikt moeten worden. Deze wordt momenteel ontwikkeld, maar voor implementatie zijn we afhankelijk van de HIS-leveranciers. Maar ook daar kan de huidige situatie misschien in ons voordeel werken.
Extra praktijken zonder P of R module lijkt me niet wenselijk, want de koppeling epidemiologie en virologie maakt het juist zo'n goed systeem.

Groetjes (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: maandag 11 mei 2020 13:52
Aan: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Gisteren is in Catshuis kennelijk aan (10)(2e) toegezegd dat VWS formeel aan Nivel gaat verzoeken het aantal peilstations te verdubbelen in het kader van de verscherpte surveillance in transitiefase. Of dat haalbare kaart is (voor Nivel en IDS)?

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nivel.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 11:42
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Hoi allen,

In de ideale wereld zouden we onderscheid moeten kunnen maken tussen surveillance en onderzoek. Dat de huisartsen tijdens het consult en het afnemen van het monster alleen de meest cruciale informatie direct op het monsterformulier noteren voor surveillance. En dat meer achtergrondinformatie over de patienten op een ander tijdstip aangeleverd wordt.
Bij de Peilstations hebben we:
1) de pop-up met de diagnose IAZ en ARI (komt bij Nivel binnen)

2) het monsterformulier (naar RIVM)
3) en daarnaast is er nog de vragenlijstmodule: de huisarts ontvangt een e-mail met een link naar een vragenlijst. De huisarts ziet hierbij het echte patientennummer, terwijl de ingevulde gegevens via de TTP encrypted worden en bij ons binnenkomen met het pseudoniem. Zo'n vragenlijst (of een vervolgvragenlijst) kan ook bijv. een maand na diagnose gestuurd worden.
Deze vragenlijstmodule zouden we kunnen gebruiken om een deel van de informatie van het monsterformulier te verhuizen. Ook zouden we op deze manier gegevens uit het medisch dossier kunnen koppelen aan de vragenlijst.
Alleen, dan moeten we een koppeling kunnen maken tussen Nivel data (met pseudoniem) en RIVM data (met monsternummer ; en

(10)(2g)

Naast praktische zaken moeten we ook rekening houden met werklast: als we meer willen vragen aan de huisartsen, zal dat goedgekeurd moeten worden door de adviescommissie.

Wat betreft opmerking van (10)(2e) over advies Peilstations uit te breiden, nee, daarover is mij niets bekend. Tenminste, als je iets anders bedoelt dan onze eigen inspanningen om de collega's op de corona-posten mee te laten bemonsteren.

Groetjes, (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: maandag 11 mei 2020 10:20
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Hoi (10)(2e),

Enige aanpassing monsterformulier kan, maar de ontzettend lange lijst in de annex wordt het niet ben ik bang. Zitten ook nog best wel wat follow-up vragen in die niet op acuut moment beantwoord kunnen worden.

Aanpassing monsterformulier binnen de ruimt die we daar nog voor hebben op 1 A4 beide kanten (bijgevoegd) en aanpassing UNILAB kan samen met uitbreiding peilstations opgepakt worden. Idem voor patiëntinformatiefolder (wordt aan gewerkt).

Sequencing is nog een dingetje wat uitgevogeld moet worden hoe we dat gaan aanvliegen. Bij voldoende budget.

Meer uitgebreide virologische analyse is ook een dingetje. (10)(2g) (10)(2g) Daar moet dan veel geld en personeel in gestopt worden.

Met vriendelijke groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zaterdag 9 mei 2020 12:17
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nivel.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Hoi (10)(2e) ik denk dat we zoals eerder toegezegd mee blijven doen in WP2, dus in feite gewoon onze normale routine, met huidige monsterformulier, maar wel met frequentere data leveringen aan Epiconcept. We hebben daar een heel klein budget voor vanuit I-MOVE COVID-19.

We moeten op korte termijn zelf gaan bedenken hoe wij in Nederland een onderzoek kunnen opzetten naar risicofactoren voor infectie, verspreiding, en ernstig beloop. Het lijkt me niet dat we dat kunnen doen volgens het WP4 format. Ik denk dus dat we niet aan WP4 deel zullen nemen, behalve dat de data uit WP2 natuurlijk wel gebruikt kunnen worden. Dat verandert dus eigenlijk niets want we staan formeel niet bij WP4 genoemd en we hebben daar ook geen budget voor gekregen. De I-MOVE lijst variabelen kunnen we misschien wel voor onze eigen studie gebruiken.

Een ander punt is nog dat het OMT (bevestigd in de daarop volgende Kamerbrief) eerder deze week heeft gesteld dat de Nivel peilstations uitgebreid moeten worden. Ik vraag me af of (10)(2e) (en Nivel) dat al weten? Ik heb aangegeven dat er dan wel een formele opdracht zal moeten komen vanuit VWS (10)(2g) (10)(2g) (10)(2e) bespreekt dit vanmiddag tijdens het overleg in het Catshuis.

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 18:37
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nivel.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Hoi (10)(2e) en (10)(2e)

Afgelopen dinsdag hebben (10)(2e) (als WP2-leader) en ik (namens RIVM) deelgenomen aan de Teleconferentie waarin de concept generic protocols voor WP2 en WP4 werden besproken. Zie de bijlages.

Het voorstel voor WP2 komt er voor ons in principe op neer dat de reguliere sentinel surveillance iets uitgebreid zou worden, nl.:

- Enkele extra variabelen verzamelen (zie Annex 1 op pag. 30 van 'COVID-19 European primary care surveillance Draft generic protocol v1a.docx')
- Frequenter data sturen:
  - wekelijks geaggregeerde data van aantal monsters getest en aantal monsters positief voor SARS-CoV2, ook uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en regio (EpiConcept zal er op aan sturen dat er geen of zo weinig mogelijk dubbel-rapportage nodig is met wat bijv. regulier al aan Tessy wordt gerapporteerd, zodat het waarschijnlijk niet heel veel extra werk hoeft te zijn als we dit erbij programmeren in onze surveillance-syntax in SAS).
  - Maandelijks case based data uploaden (neem aan dit een soortgelijke procedure als bij de reguliere I-MOVE zal zijn)

Daarnaast is er nog WP4, waarvan wij (nog) niet hebben gezegd dat wij er aan deelnemen. Dit is een risk factor study opzet als een TND (patiënten positief voor SARS-CoV2 worden vergeleken met patiënten negatief getest voor SARS-CoV2). De data vanuit WP2 wordt ook gebruikt in WP4. Dus als ik het goed begrijp, zal onze data in principe ook voor dit doeleinden gebruikt worden. Maar als we echt 'helemaal' mee willen doen aan WP4, dan is het de bedoeling om nog extra variabelen te gaan verzamelen (zie Annex1 op pag. 24 van 'European primary care risk factors for COVID-19 study_ Draft generic protocol v1.docx'). Ik begreep van Esther dat er mogelijk/ waarschijnlijk wel extra geld beschikbaar zou komen voor landen die willen deelnemen hieraan.

(10)(2e) wil nu graag uiterlijk a.s. dinsdag een reactie van ons met evt. comments op het protocol, ons monster-inzendformulier en aan welke onderdelen wij mee wilen doen. Zie ook de actiepunten in haar lijstje hieronder. Ik neem aan dat wij in elk geval aan de data-aanlevering binen WP2 mee kunnen gaan doen (wekelijks geaagrgerde data aanleveren en maandelijks case-based, op basis van onze huidige surveillance-aanpak en monsterfomulier). Of we het haalbaar en wenselijk is om het monsterformulier nu of binnenkort te gaan veranderen met de voorgerstelde nieuwe variabelen, is nog wel een vraag. (10)(2e) had van (10)(2e) begrepen dat het op korte termijn niet wenselijk/ haalbaar zou zijn om het formulier te veranderen. Klopt dat, (10)(2e)
(10)(2e) en (10)(2e) ik hoor graag van jullie hoe jullie hier verder over denken. We zouden natuurlijk ook kunnen voorstellen dat wij enkele variabelen die wij zelf nuttig vinden toevoegen op een later voor ons geschikt tijdstip (per begin oktober bijv. als het nieuwe influenzaseizoen begint). Want in het generic protocol staat ook dat landen niet aan alle onderdelen hoeven mee te doen, en dat sommige dingen ook op een later nog kunnen, afhankelijk van wat er binnen een deelnemend land mogelijk is. De complete lijst variabelen die relevant zijn voor WP4 gaat waarschijnlijk veel te ver als we dit aan de huisartsen zouden navragen. Dus misschien moeten we dat vooralsnog niet willen. Wel kunen we er natuurlijk over nadenken of we een dergelijk onderzoek in andere vorm misschien kunnen uitvoeren. (10)(2e) en ik hadden al even overlegd over de mogelijkheden om bijv. gegevens uit het patienten-dossier van de huisarts te gebruiken, of dat de patient zelf thuis een extra vragenlijst invult. Alleen stuiten we hierbij op de privacy aspecten (er kan in principe niet geliked worden, omdat de surveillance anoniem is). Dus dit zou dan wel een compleet andere inrichting vragen als we dit toch zouden willen (dat wordt het het echt

onderzoek; is METC goedkeuring nodig, moet de mogelijkheid tot kopeling ook technisch gebouwd worden etc.). Een ander mogelijk voor een dergelijk onderzoek zou zijn via de teststraten ipv via de huisarts (waarbij patient zelf achteraf een vragenlijst in kan vullen) . Dit valt dan niet echt onder de primary care surveillance, dus dat zou dan niet onder paraplu van I-MOVE Covid19 gedaan worden, neem ik aan. Maar misschien desondanks wel een relevant soort onderzoek voor ons.

Ik hoor graag hoe julie hier tegenaan kijken. Zouden jullie je reactie uiterlijk maandag 11 mei kunnen sturen? Zodat ik onze punten kan samenvatten in mailtje dat ik uiterlijk dinsdag aan (10)(2e) kan sturen.

Alvast bedankt!

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e) @epiconcept.fr>
Sent: donderdag 7 mei 2020 11:56
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @nivel.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) <(10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @iplesp.upmc.fr>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @aphp.fr>; <(10)(2e) @iplesp.upmc.fr>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @univ-corse.fr>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) <(10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (ISP)' <(10)(2e) @navarra.es>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) (NHS National Services Scotland)' <(10)(2e) @nhs.net>; (10)(2e), (10)(2e) (NHS NATIONAL SERVICES SCOTLAND)' <(10)(2e) @nhs.net>; (10)(2e) (NHS FIFE)' <(10)(2e) @nhs.net>; (10)(2e) (NHS NATIONAL SERVICES SCOTLAND)' <(10)(2e) @nhs.net>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @strath.ac.uk>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) <(10)(2e) @dgs.min-saude.pt>; (10)(2e) <(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; <(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) <(10)(2e) @pasteur.fr>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @pasteur.fr>; (10)(2e) <(10)(2e) @phc.ox.ac.uk>; (10)(2e) <(10)(2e) @phc.ox.ac.uk>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e) @who.int>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @ecdc.europa.eu>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @epiconcept.fr>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @epiconcept.fr>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @epiconcept.fr>; (10)(2e) <(10)(2e) @epiconcept.fr>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) <(10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e) @who.int>
Subject: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Dear colleagues,

It was great to see so many of you at Tuesday's TC - thank you for participating, despite your very busy schedules.

We attach to this email the meeting minutes (and the presentation). Please let us know if you have any questions/comments/suggestions for changes to the minutes.

Included in the meeting minutes are the action points, pasted below. We look forward to hearing from you regarding these action points. But if you need more time, please let us know.

We will send very soon a near-final version of the protocols, the draft versions of which are attached again to this email. Please send any further comments you may have.

	Action	Responsible (deadline)
1	Send comments and suggestions on items discussed in today's meeting to Nivel/Epiconcept	All sites (by 12 May)
2	Let Nivel/Epiconcept know if your site can participate in the aggregated surveillance, the case-based	All sites (by 12 May)

	surveillance, both or neither at this current point in time.	
3	Prepare next draft of surveillance protocol	Nivel and Epiconcept (18 May)
4	Prepare next draft of RF protocol	Epiconcept (18 May)
5	Send email to (10)(2e) if interested in participating in RF study	All interested sites (12 May)
6	Arrange meeting to discuss laboratory aspects	Epiconcept (meeting before 20 May)
7	Contact Epiconcept if interested in using another (not TND) style of control selection for RF study (http://arxiv.org/abs/2004.06033.)	Relevant sites (18 May)
8	Send to Nivel/Epiconcept existing questionnaires or protocols (country-specific)	All sites (12 May)

Thank you for all your help and contributions.

Wishing you all the best,

(10)(2e) and (10)(2e)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

This message contains information that may be privileged or confidential and is the property of Nivel. It is intended exclusively for the person to whom it is addressed. If you are not the intended recipient you are not authorized to use this message or any part thereof. If you receive this message in error please notify the sender immediately and delete all copies of this message. Nivel rules out any and every liability resulting from any electronic transmission. No rights may be derived from the contents of this e-mail message. --

To: [redacted], [redacted] [(10)(2e)@jbz.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sat 5/9/2020 9:13:35 AM
Subject: RE: stukje ter info
Received: Sat 5/9/2020 9:13:35 AM

Hoi (10)(2e), mooi stukje! Wat ga je er verder mee doen?

Zoals je weet zijn er nu veel vragen rond de rol van veehouderij, Q-koorts en luchtverontreiniging in de COVID epidemie in oostelijk Noord Brabant. Ministeries, Tweede Kamer, Provincie, GGD, media willen daar verder onderzoek naar. Allereerst lijkt me dat we moeten kijken in hoeverre de heftige uitbraak in regio Uden niet gewoon te verklaren is vanuit humane epidemiologie. Zoals je eerder al ze: meerdere introducties tijdens carnaval periode. Heb je al meer details gehoord vanuit Erasmus over de sequence resultaten?
Naast hoge incidentie blijft toch wel opvallend dat beloop onder geinfecteerden in Brabant ernstiger was dan elders (meer IC opnames, hogere sterfte)?

Groet,
(10)(2e)

-----Original Message-----
From: [redacted], [redacted] <(10)(2e)@jbz.nl>
Sent: woensdag 6 mei 2020 12:57
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Fwd: stukje ter info

Hoi (10)(2e), als je Suggesties of vragen hebt Hoor ik dat graag, Grt (10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPhone

Begin doorgestuurd bericht:

Van: "[redacted], [redacted]" <(10)(2e)@jbz.nl>
Datum: 1 mei 2020 om 12:08:54 CEST
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@bernhoven.nl>
Onderwerp: stukje

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/13/2020 11:30:39 AM
Subject: RE: Ter info: Nieuwsbericht over afvalwater surveillance wordt nog niet gepubliceerd
Received: Wed 5/13/2020 11:30:40 AM

Allen,

In het dossier met achtergrondinformatie over water staat al dat het RIVM onderzoek doet naar rioolwater. Ik heb daaraan toegevoegd dat we eind mei de eerste resultaten verwachten.
(https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/water)

Gr (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

287937

Dubbel

287941

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/12/2020 8:03:19 PM
Subject: RE: Antw: laatste concept nieuwsbericht
Received: Tue 5/12/2020 8:03:20 PM
Q&A Nationale afvalwater surveillance 20200513.docx

Oh ja hierbij beantwoording diverse vragen van waterschappen, misschien ook handig voor morgen na verschijnen nieuwsbericht richting diverse media

---

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 12 mei 2020 21:54
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Antw: laatste concept nieuwsbericht

Ik neem morgenochtend even contact op. Heb nog geen reactie van VWS. Ga ik ook achteraan.

Groeten,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 12 mei 2020 om 17:02:57 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: FW: laatste concept nieuwsbericht

Reageer jij hier op? Of moet ik dat doen? (10)(2e) wil weer meer tekst en uitleg toevoegen denk ik

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)


Dubbel

287960

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/11/2020 3:23:55 PM
Subject: Toelichting overlegstructuur COVID-19 communicatie
Received: Mon 5/11/2020 3:23:56 PM

Ha collega's,

Graag neem ik jullie mede namens de collega's in het kernteam mee in de overlegstructuur voor de communicatie over COVID-19. Daar gaan we een paar dingen in aanpassen. We willen daarin een balans vinden tussen het creëren van inzicht in de hoofdlijnen en de samenhang voor de komende week en het bepalen van prioriteiten in de dagelijkse werkzaamheden. Daarvoor gaan we werken met een weekoverleg van het kernteam waarin we de belangrijkste kernpunten en hoofdlijnen voor de komende week met elkaar doornemen. Daarnaast hebben we dan een dagelijkse start met alle bij Covid-19 betrokken communicatiecollega's. Daarin staan de prioriteiten voor die dag (en een beetje de dag erna �) centraal en het dagelijkse werk.
Voor deze dagstart krijgen jullie vandaag of morgen een uitnodiging via het Secretariaat Com. De dagstart is iedere dag om 10 uur in W0 het werkcafé. We plannen 45 minuten in voor de dagstart, maar streven ernaar dat te beperken tot een half uur. Daarvoor helpt het als iedereen rekening houdt met de volgende dingen:

- We focus bij de dagstart op prioriteiten: wat is er vandaag nodig?
- Inhoudelijke discussies en/of overleggen doe je ná de week-/dagstart met direct betrokken collega's
- Ben je er niet? Zorg dat een directe collega je bijpraat.
- Knelpunten die prioritering beïnvloeden? Benoem ze, dan lossen we het samen op.

Tot morgen allemaal!

Met groet, (10)(2e)

Overlegstructuur communicatie COVID-19

Weekoverleg

Doel: terugkijken besluiten (catshuis, media etc) en hoofdlijnen komende week doornemen, highlights week- en dagstart bepalen
Dag&tijd: Wekelijks na het OMT om 14 uur
Locatie: (10)(2e)
Deelnemers: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e)
Inzicht in hoofdlijnen & samenhang :
Een bord zorgt voor inzicht en de samenhang der dingen. Dit bord bereiden we na het OMT voor.

- *Agenda* van de komende week en een doorkijkje voor de week erna (welke overleggen/bijeenkomsten, beslismomenten, inhoudelijk geplande communicatie)
- *Omgeving*: wat speelt er in de omgeving (uit de LCI kickoff, catshuis, NKC, (sociale) media).
- Wat betekent dit voor de *prioritering* van ons werk?
- *Berichtgeving*: Welke berichten gaan naar buiten (nieuws en updates)
- Wat betekent dat voor *pers*?
- Wat betekent dat voor onze *online* communicatie/de website
- Wat betekent dat voor *social?*
- Wat betekent dat voor *beeld*?

Dagstart 'the day after' (de dag na het OMT)
Doel: Even kort de week doornemen op basis van weekoverleg: hoofdlijnen, berichtgeving en prioriteiten voor de dag bepalen
Dag en tijd: de dag na een OMT om 10.00 uur (45 minuten inplannen, maar liefst korter)
Locatie: W0 werkcafé
Deelnemers: zij die fysiek aanwezig zijn (inbellen is niet te doen) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

287960

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) / (10)(2e)

Dagstart overige dagen
Doel: Prioriteiten voor de dag bepalen
Dag en Tijd: iedere dag van 10.00 uur-10.20 uur
Locatie: Wo werkcafé
Deelnemers: zij die fysiek aanwezig zijn (inbellen is niet te doen) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) / (10)(2e)

Relatie met andere Covid19-overleggen
Kick off LCI op ma, woe, do: 9.00-9.30 uur
Responsteam op Di en vrijdag: 09.00 – 10.30 uur → input (10)(2e) en (10)(2e) voor dagstart via (10)(2e) / (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

RIVM Stafeenheid Communicatie
Afdeling Programma's en Projecten
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
T 030 (10)(2e)
M 06 (10)(2e)
@ (10)(2e) @rivm.nl

http://www.rivm.nl
De zorg voor morgen begint vandaag

To: (10)(2e))'[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) 0(10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) . -BD/NCTV[(10)(2e) @nctv.minjenv.nl]; (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e). - BD/NCTV[(10)(2e) @nctv.minjenv.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). - BD/KS
Sent: Sat 5/2/2020 2:30:53 PM
Subject: RE: 010520 Uitwerking mondkapjes versie1812 (002) (002).pptx
Received: Sat 5/2/2020 2:30:57 PM
020520 Uitwerking mondkapjes versie1622.pptx

Dag (10)(2e),
Bijgevoegd de nette versie die morgen mee gaat naar het Catshuis. De opmerkingen zijn - op een woord en een samenvoeging hier en daar na – allemaal verwerkt.

Dank voor het afstemwerk binnen VWS, fijn dat dit zo op deze korte termijn gelukt is.

Groeten en fijn (restant van het) weekend!

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). - BD/KS
Verzonden: zaterdag 2 mei 2020 14:05
Aan: (10)(2e))' < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e) 0(10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) . - BD/NCTV <(10)(2e) @nctv.minjenv.nl>; (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e). - BD/NCTV < (10)(2e) @nctv.minjenv.nl>
Onderwerp: RE: 010520 Uitwerking mondkapjes versie1812 (002) (002).pptx

Hi (10)(2e)
Dank je wel, daar kunnen we volgens mij prima mee vooruit. Ik ga aan de slag en stuur je later vandaag de aangepaste versie voor het catshuis.
Gr (10)(2e)

Van: (10)(2e))
Verzonden: zaterdag 2 mei 2020 13:26
Aan: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). - BD/KS
CC: (10)(2e) (10)(2e) (1 (10)(2e) . - BD/NCTV ; (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) - BD/NCTV
Onderwerp: 010520 Uitwerking mondkapjes versie1812 (002) (002).pptx

Hi (10)(2e),

Hierbij opmerkingen bij de presentatie. In blauw en soms met doorhaling.
Ook op de titelpagina zit een opmerking.

Dit is afgestemd met de twee meest betrokken DG's. (10)(2e) heeft nog even contact gehad met (10)(2e) of hij de presentatie zal houden, zodat het een discussie moet entameren. Dat bleek het geval. Dat maakt namelijk wel uit voor het type product. Dus goed te horen.

Wil je de aangepaste versie nog even sturen? Mensen zijn heel benieuwd naar een schone versie.
Groet
(10)(2e)

Ministry of Justice and Security

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @minvws.nl]; Jonge, H.M. de (Hugo)[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) . (10)(2e) (10)(2e)((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)]; (10)(2e) . (10)(2e)
((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/10/2020 5:17:43 PM
Subject: RE: Terugkoppeling ambtelijke 5hoek (8 mei)
Received: Sun 5/10/2020 5:17:44 PM
03 Oplegger politieke vijfhoek 0805.docx
03a Memo pol vijfhoek effecten Corona arbeidsmarkt 0805 def.docx
Agenda Politieke Vijfhoek 12-05-2020.docx
HFD_20200509_0_028_061.pdf

Beste Hugo en (10)(2e)

Bijgevoegd de agenda voor politieke vijfhoek zoals ik deze heb ontvangen. Ook tav agendapunt 3 'Effect Corona op Arbeidsmarkt' heb ik eveneens de stukken bijgesloten. De oplegger vormt het haakje waar CPB en DNB -zoals afgesproken in de ambtelijk 5hoek- zullen gaan gebruiken om het gesprek aan te vangen dat volgens hen we het stadium van de "V" voorbij zijn. Hieronder een korte toelichting van mijn zijde, die hopelijk behulpzaam is. Gezien het fundamentele gesprek heb ik Hugo geadviseerd (als vice MP) deel te nemen hieraan as dinsdag, mocht je tijd hebben hiervoor.

Tav agendapunt 12, relevant voor het sociaal domein (MO en Jeugd), heb ik tot op heden nog niets ontvangen. Zodra ik iets heb gekregen, stuur ik dit meteen door. Ik ga er van uit dat (10)(2e) kan inschatten of aanwezigheid dan noodzakelijk/raadzaam is.

Graag hoor ik of en zo ja, wie er deel gaan nemen aan de politieke vijfhoek as dinsdagochtend. Dan kan ik dat nl aan AZ doorgeven.

Fijne avond verder, (10)(2e)

Korte toelichting:
Het huidige steunpakket is ingericht met de gedachte dat er 3 maanden lang beperkingen zouden zijn en dat daarna de economie grotendeels weer kon gaan draaien. In zo'n forcast (zoals die was in maart jl) is het logisch om een strategie te kiezen waarbij de economie tijdelijk wordt 'ingevroren'. In deze strategie zou er een snelle en scherpe V zijn met herstel vanaf Q4 2020.

Nu we zien dat de beperkingen langere tijd nodig zullen zijn, ook in de landen waarmee Nederland handelt, zal dit zorgen voor een vertraging van het economische herstel. Een aantal leden van de ambtelijke 5hoek vermoeden dat de 'V' nu een 'U" is geworden. Echter, het CPB en DNB geven aan dat het realistisch is om er vanuit te gaan dat de opleving niet volledig zal zijn en er dus structurele gevolgen zijn voor de economie waarmee we in een 'L' terecht komen.

Brussel raamt overigens ook een scenario die meer een V dan een L lijkt. Het artikel (bijgesloten, wellicht al bekend) van (10)(2e) uit het FD van gisteren (9 mei) geeft aan dat dit het meest rooskleurige scenario lijkt. Ook Minister Koolmees in Op1 zei vrijdagavond dat de NOW niet meer werkgevers kan gaan verplichten om mensen in dienst te houden omdat het waarschijnlijk nodig zal zijn om mensen te laten gaan tbv het bestaan van bedrijven. Dit betekent dat het noodpakket 2.0 zich ook zal gaan richten op het wijzigingen van de economische structuur, en wellicht ook om conjunctuur maatregelen gaat vragen

Het CPB zal ook ingaan in politiek vijfhoek op de juniraming met daarin de verwachtingen voor 2020 en 2021; althans dat is hetgeen is gezegd in de ambtelijk 5hoek.

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Datum: zaterdag 09 mei 2020 3:44 PM
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>, Jonge, H.M. de (Hugo) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Terugkoppeling ambtelijke 5hoek (8 mei)

Ik zou toch wel graag willen weten waar DNB en CPB de conclusie op baseren dat we niet in een " V " zitten, maar in een " L ". En wat dat dus precies betekent voor de steunpakketten. Niet doen? Anders doen? Wat dan ?

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) .[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) e (10)(2e).
((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e))
Sent: Fri 5/8/2020 12:33:05 PM
Subject: FW: Aanlevering OCW stukken tbv OMT adviesvraag: Cultuur
Received: Fri 5/8/2020 12:33:06 PM
concept Protocol podiumkunsten versie 07052020.docx
Protocol heropening bioscopen 01-05-20.pdf
Protocol Back to ballet 1-5-2020.docx
200105 protocol_corona_NDT_def.docx
Protocol herstart orkestactiviteiten_VVNO 4 mei 2020.pdf
Concept Protocol verantwoord naar een cursus (sector cultuureducatie)vs....docx
Protocol bescherming en veiligheid medewerkers en bezoekers presentatie....docx
Protocol Monumenten mei 2020.docx
200504 Voorlopig protocol voor veilige verantwoorde heropeningmusea.pdf
1. Voorstel versoepeling maatregelen cultuursector per 20 mei by ArianeLim....docx
2. Oplegger voor Adviesaanvraag OMT 8 mei protocollen.docx

Hallo (10)(2e) en (10)(2e) ,

Hierbij de nazending die naar OMT of mogelijk naar RIVM gaat, maandag.
Deze gaat over cultuur. Er volgt nog een mail voor onderwijs.

Grt (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @minocw.nl>
Verzonden: vrijdag 8 mei 2020 14:21
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e) e (10)(2e) < (10)(2e) @minocw.nl>
Onderwerp: Aanlevering OCW stukken tbv OMT adviesvraag: Cultuur

Dag (10)(2e) en (10)(2e)

Zoals vanmorgen afgesproken, ontvangen jullie hierbij de OCW-stukken die wanneer wenselijk door het OMT gebruikt kunnen worden bij het opstellen van hun advies op de besluitvorming **2a**.

Deze mail gaat over 'Cultuur'. Ik stuur jullie zo een tweede mail met stukken die betrekking hebben op het basis- en voortgezet onderwijs.

Als bijlagen bij deze mail:

1. De eerder deze week verzamelde input met mogelijke adviesvragen Cultuur (Bijlage die begint met nummer 1).

2. De protocollen zoals ze zijn opgesteld door de sectoren en een oplegger gemaakt door OCW (Bijlage die begint met nummer 2). Het zijn heel veel protocollen, maar dat komt door de diversiteit binnen de sectoren.

De volgende protocollen zijn aan deze mail bijgevoegd:

Musea

Overige culturele sectoren

- Podiumkunsten
- Bioscopen/filmtheaters
- Nationale opera en ballet
- Nederlands Danstheater
- Orkesten
- Cultuureducatie
- Presentatie-instellingen
- Monumenten met publieksfunctie

Met oog op de mogelijke heropening van concertzalen, theaters en poppodia werken de brancheverenigingen VNPF,

VSCD en VVEM aan protocollen om veilig te kunnen werken en publiek te kunnen ontvangen. Naar verwachting zullen deze protocollen binnen twee weken gereed zijn, zodat deze door het OMT meegewogen kunnen worden bij de advisering over de versoepeling van de coronamaatregelen.
Bij nadere vragen of opmerkingen weten jullie ons te vinden.

Met groet,

Ook namens (10)(2e)

(10)(2e)

To: _Dienstpostbus DCC-VWS[DCC@minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; Coronateam PG[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]
Cc: _Groep DBPZ-adviseurs[(10)(2e) @minvws.nl]; _DienstpostbusDCC-VWS[DCC@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e))
Sent: Thur 5/14/2020 9:21:39 AM
Subject: Terugkoppeling IAO 14 mei 2020
Received: Thur 5/14/2020 9:21:41 AM
13052020 - Presentatie tbv IAO 140520_CDv2-132338658277795749.pptx

1. **Opening**

2. **Terugkoppeling ICCb/MCCb**

De OMT-adviesaanvraag wordt momenteel afgerond, inclusief de PO-openstelling.

Verzoek om openstelling horeca niet met ingang van middernacht te laten plaatsvinden (onafhankelijk van de dag).

3. **Presentatie projectorganisatie**

Er is gesproken met SG, de NCTV en de 5SG's. Doel is om vanaf 1 juni zoveel mogelijk terug te gaan naar de 'normale' structuur.

Zie de presentatie bijgevoegd.

De nafase wordt losgehaald van de opdracht aan (10)(2e) en (10)(2e). Daar wordt apart iemand voor aangesteld.

VWS: hoe gaat dit nu werken? Gisteren was er al een situatie met fade in fade out, de opdracht was zowel via 5SG's als via IAO-ICCb-MCCb-lijn.

NCTV: is er een duidelijk omklapmoment of gaan we dit geleidelijk invoeren? Wat is de taak voor samenleving en covid-19 (beleid, advies en monitoring)? Waar komen de lange termijn vraagstukken aan bod? Waar betrekt de projectorganisatie de lokale setting en waar niet? Ervaring werkgroep protocollen meenemen.

BZK: hoe betrekken we andere interdepartementale overleggen (die al bestaan) in deze structuur (zoals ICBR)? MCCAS interdepartementaal houden. Inrichting regionale en landelijke regietafels zijn nodig, lokale regietafels ook expliciet opnemen.

EZK: wat is de vergaderfrequentie van het directeurenoverleg? Hoe dragen directeuren uit het IAO bepaalde vraagstukken al over?

FIN: hou het simpel en sluit aan bij reeds bestaande structuren. Graag meer aandacht voor budgettaire hygiëne. Waar past het OMT in dit plaatje? Waarom MCCAS?

IenW: coördinatie naar vraagarticulatie naar OMT. Het gaat om een tijdelijke constructie. N.a.v. toerisme en reizen: voorstel om dit als een pilot te zien van de nieuwe werkwijze.

OCW: Namen en rugnummer en frequentie van vergaderingen. Wat doen we met de interdepartementale werkgroepen die in de afgelopen tijd zijn gestart die goed werken. Wat doen we met de zomerperiode?

AZ: Secretariaat SGO en MC's ligt bij AZ. Andere departementen kunnen ook onderwerpen agenderen. Elke ministeriele commissie eindigt aan het einde van de kabinetsperiode, dus dan kunnen we herijken. MC wordt wekelijks voorzien, na het zomerreces tweewekelijks. De andere structuren zullen zich hierop aanpassen. SGO (geheel) dient als voorportaal.

MC CAS: de vorm is nog niet bekend. Voorstel om het om verwarring te voorkomen, uit dit schema te halen. Parlementaire verantwoording, coördinatie van communicatie en adviezen planbureaus missen nog. Pilaar nazorg kan misschien nog een eigen directeur vallen, maar moet wel onder projectorganisatie worden geschoven.

BZ: Pleidooi voor duidelijk omklapmoment. BZ kiest voor een licht regiemodel, ondergebracht bij directie Ondersteuning Bestuur. Graag toetsen hoe andere organisaties dit vormgeven.

AZ: voorstel in MR voor nieuwe vormgeving (door Grapperhaus een mondelinge toelichting), 27 mei laatste MCCb.

KMAR: aandacht voor handhavingsaspecten.

NP: wat is het kantelmoment? Wanneer gaan we weer naar ICCb/MCCb? VZ IAO: (10)(2e) sluit wel aan bij SGO om dit vast te stellen.

Parlementaire kant en communicatie daaromtrent.

VR: Aandacht voor verbinding rijk-regio en lokaal. De regio's zijn nog niet uit hun crisisstructuren. Er is nog altijd GRIP-4, zolang de COVID-wet er nog niet is. Graag ook het Veiligheidsberaad in het schema benoemen.

LOCC: Hoe borgen we de relatie met gemeenten? Hoe zorgen we als overheden eenduidig blijven communiceren? Wat wordt verwacht van LOT-C? Wanneer schalen we op, met wie doen we dat en hoe zorgen we er voor dat, als dat over een aantal maanden gebeurd, deze mensen niet in een andere film zitten?

NKC: we zijn ons aan het voorbereiden op overdracht aan projectorganisatie. Ontbreekt op de sheets en bij de te leveren producten. Die taak gaat over naar de programmaorganisatie.

VWS Waar is de DG-kolom in dit plaatje? Als de NCTV bij SGO aansluit dan wil de DG VWS dat vermoedelijk ook. Wat is het verschil tussen oranje en blauw in het plaatje?

Reactie (10)(2e)

Omklappen IAO naar directeurenoverleg gaat heel gelijkelijk. Als het IAO goed functioneert dan dit laten bestaan, mogelijk met een nieuwe voorzitter. Idem met de werkgroepen, die moeten niet worden opgeheven. Overleggen onder voorzitterschap van NCTV moeten wel ergens worden belegd, aangezien de NCTV dit alleen doet bij crisis/nationale opschaling. Nadenken welke werkgroepen moeten blijven voortbestaan? Op een rijtje zetten wat er allemaal rondom Covid-19 is opgetuigd en welke rugnummers daar bij horen (actie projectorganisatie).

Er wordt bezien of mensen willen overstappen, dat plaatje is einde van de week klaar. Het team van de projectorganisatie wordt nog verder uitgebreid.

Nafase: in het SGO is het zo verdeeld, maar het moet natuurlijk wel worden opgepakt.

Er komt nog een voorstel over de communicatie en parlementair en geeft antwoord op de vraag: wat zit bij de projectorganisatie en wat zit bij de departementen?

Naar aanleiding van de vragen over het overdragen van bepaalde taken: huiverig of dit naar de projectorganisatie moet. Veel taken zullen bij de departementen zelf moeten worden opgepakt.

Bestuurlijke afstemming met andere overheden wordt nog verder ingevuld.

Vergaderritme met focuspunt op ministeriele commissie.

De rol van de DG's is zo bepaald in het SGO. VZ IAO staat er bij stil dat dit een expliciet aandachtspunt is.

Rol OMT:

IAO blijft dagelijks in stand tot het niet meer nodig is.

Ten aanzien van nieuwe en lopende issues dat moet altijd in het IAO besproken kunnen worden, daar zit de projectorganisatie ook aan tafel. Zo borgen we de interdepartementale afstemming.

Aandacht voor uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid.

VWS: de kolom voor VWS wordt nog binnen VWS besproken, inclusief de rol van de betrokken DG's. Vwb parlementair: tot op heden is dit vooral bij VWS en AZ belegd. Steeds meer departementen hebben daarin een rol, maar dit moeten we nog nader bekijken. OMT zit bij de infectieziektebestrijding in de crisisstructuur. Benadrukken dat het in die kolom blijft. Het hoeft geen rol te hebben in de rest van het plaatje.

NCTV: lange termijnfacetten en rol kennisinstituten? Wordt nog verder vormgegeven.

LNV: Wanneer weer ICCb/MCCb in te zetten? PJA blijft aangehaakt via SGO.

I&W: Hoe gaat de vraagarticulatie aan het OMT er dan uitzien?

Wat tijdens het zomerreces wordt gedaan is nog niet bekend. Wel goed om hierover al vast na te denken, over vervanging etc.

4. Rondvraag en sluiting

Wordt de OMT-adviesaanvraag nog gedeeld? Nee, dat beland te snel bij mensen die het niet moeten krijgen.
Er wordt nog druk aan het brondocument gewerkt.

Hoe ziet de planning voor volgende week er uit?
- MR 15 mei: projectorganisatie en strategie (op- en afschalen, dashboard en stoplichtmodel)
- Zondag Catshuisessie
- 18 mei 10:45 uur BAO en 14.30 uur IAO
- 19 mei ICCb/MCCb
- 20 mei technische briefing en debat (IAO?)
- 21 mei Hemelvaartsdag
- 22 mei IAO nntb (besluit op 18 mei)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sat 5/9/2020 5:49:56 AM
Subject: Doorst: Interview NRC
Received: Sat 5/9/2020 5:49:57 AM
NRC-interview (10)(2e) (10)(2e) pdf

Moggûh,

Dit is voor vandaag, in het origineel staat slechts een zeer kleine wijziging..

GreetZzz. (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

(10)(2e)

To: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e).
((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
Sent: Tue 5/19/2020 11:37:18 PM
Subject: FW: 19 5 Concept aanwijzing maatregelen vanaf 1 juni - opm NCTV
Received: Tue 5/19/2020 11:37:18 PM
image001.jpg
19 5 Concept aanwijzing maatregelen vanaf 1 juni - opm NCTV.pdf

Hoi (10)(2e)

Via nctv kreeg ik nog de laatste versie van de aanwijzing.
Ik zie dat je de drie personen nog op een vraagteken hebt gezet.
Ik weet niet welke discussie nog geweest is na contact (10)(2e) jou en mij, maar dit is echt heel belangrijk voor jenv.
Dus graag zoals we hadden afgesproken er weer echt in. Zie ook de uiteindelijke brief.

Dank!

Gr (10)(2e)

---

(10)(2e) ((10)(2e) | (10)(2e) Publieke gezondheid |
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
Parnassusplein 5| Postbus 20350 2500 EJ Den Haag |
06 (10)(2e) | (secretariaat: 070 (10)(2e) |
(10)(2e) @minvws.nl |

Van: (10)(2e), (10)(2e). - BD/PNDV < (10)(2e) @nctv.minjenv.nl>
Verzonden: woensdag 20 mei 2020 00:37
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: FW: 19 5 Concept aanwijzing maatregelen vanaf 1 juni - opm NCTV

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/7/2020 10:43:01 AM
Subject: RE: Doorst: Interviewverzoek Buitenhof
Received: Thur 5/7/2020 10:43:02 AM

Hi (10)(2e)

Dit is het goede moment om de DG te positioneren.
Een dergelijk interview past binnen de 3 medialijnen 'DG zichtbaar maken', 'brede kennisbasis RIVM zichtbaar maken' en 'regie op ons eigen verhaal'.
Ondersteunend aan Buitenhof, zie ik ook graag voorstellen voor interviews in andere media. Zodat zichtbaarheid DG min of meer tegelijk binnen een bredere doelgroep dan alleen Buitenhof wordt gerealiseerd.
Voorkeur voor volgende week zondag. Dat geeft ons de gelegenheid om het eigen verhaal uit te werken en met (10)(2e) af te stemmen. Daarom ook (10)(2e) in cc.
Aan jou (gedrag, VTV) en Coen (OMT, CIb) het verzoek dit samen voor te bereiden.
Ik laat het je direct weten als Hans ok is met volgende week zondag.

Hartelijke groet, (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) Communicatie & Documentaire informatievoorziening (C&D)
06 (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA Bilthoven
www.rivm.nl

Ik werk zelf op onregelmatige tijden. Antwoord vooral op een tijdstip dat voor jou schikt.
RIVM, de zorg voor morgen, begint vandaag.

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: donderdag 7 mei 2020 11:40
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Doorst: Interviewverzoek Buitenhof

Zie verzoek Buitenhof. Wellicht het overwegen waard om (10)(2e) (al) naar voren te schuiven.
Binnenkort even sparren?
Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@vpro.nl>
Datum: 7 mei 2020 om 11:15:55 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Interviewverzoek Buitenhof

Beste (10)(2e)

Mijn collega (10)(2e) heeft eerder contact gehad over een interview met (10)(2e) en/of (10)(2e) in Buitenhof. En mijn collega Corinne Hegeman heeft naderhand ook nog contact gehad om de mogelijkheden van een interview te bespreken. De persconferentie van premier Rutte gisteren lijkt me een goed moment om ons interviewverzoek opnieuw onder de aandacht te brengen.

Nederland lijkt nu namelijk in een nieuwe fase terecht gekomen in de bestrijding van het coronavirus. "De eerste uitbraakfase" van het coronavirus ligt achter ons, zei premier Rutte gisteravond. We komen nu in een fase waarin we de overgang moeten maken naar de 1,5 metersamenleving.

Dit lijkt me een goede reden voor een interview: een terugblik op de bestrijding van de uitbraakfase en vooruitkijkend hoe voorkom je een nieuwe uitbraak in de 1,5 meter samenleving?

Ik zou daar graag over met je in contact komen. Ik ben bereikbaar via dit e-mailadres of tel: 06-51063803.

Dank!

Hartelijke groet,

(10)(2e)
Redactie Buitenhof

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@me.com>
Datum: woensdag 25 maart 2020 om 14:17
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@vpro.nl>
Onderwerp: Verzoek terugkijkgesprek Buitenhof

Beste (10)(2e)

Hierbij ons verzoek om na de storm terug te kijken met (10)(2e) en/of (10)(2e) in een uitzending van Buitenhof. In het gesprek zouden verschillende onderwerpen aan de orde kunnen komen:

- Uiteraard de Corona-uitbraak en het verloop ervan;
- De rol van het RIVM en de samenwerking met de politiek;
- Het publieke vertrouwen/wantrouwen in de wetenschap en daarin jullie positie in het maatschappelijk debat.

Ik denk dat het een interessant gesprek zal zijn, maar het kan nu nog niet gevoerd worden. Na volgende week werk ik niet bij Buitenhof, mijn collega (10)(2e) neemt mijn contacten over. Zij staat in de cc en is bereikbaar op: 06 (10)(2e). Zouden jullie met haar het contact kunnen onderhouden?

Verder hoop ik dat jullie bij andere mediaverzoeken met dezelfde strekking aan ons denken.

Hartelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)
06 (10)(2e)
(10)(2e)@me.com

vpro

Privacyverklaring

287988

To: _Dienstpostbus DCC-VWS[DCC@minvws.nl]; (10)(2e) @rivm.nl[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e). (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @nctv.minjenv.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minjenv.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; _Dienstpostbus DCC-VWS[DCC@minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; Coronateam PG[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; _Dienstpostbus DCo[dvc@minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (DCC)[(10)(2e) @rws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; _Dienstpostbus Secretariaat PG[(10)(2e) @minvws.nl]; Staps[(10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: _Dienstpostbus DCC-VWS
Sent: Tue 5/19/2020 4:32:11 PM
Subject: 19 mei | Geen IAO, wel RIVM Sitrap
Received: Tue 5/19/2020 4:32:14 PM
COVID-19_WebSite_rapport_20200519_1015.pdf
LCI_RIVM_COVID_Sitrep_19-05-2020.pdf

Beste allemaal,

Vandaag geen IAO, maar wel vertrouwelijk de sitrap van het RIVM.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) | (10)(2e) Crisisteam Corona |
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Publieke Gezondheid|
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
06 (10)(2e) | (10)(2e) verdieping | Afwezig op (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |

287992

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/5/2020 6:52:38 PM
Subject: Mediastrategie RIVM brede kennisbasis
Received: Tue 5/5/2020 6:52:39 PM

Ha allen,

Mede na enkele overleggen met (10)(2e) even deze mail.
Afgelopen maanden hebben we veel gedaan en gevormd in de media. Ik ben erg tevreden met o.a. het duidelijker onderscheid tussen RIVM & OMT, de positionering van het OMT als adviseur van het kabinet en hoe het CIb overkomt. En deze donderdag komt ook het gedragsonderzoek (1e tranche) vast goed naar voren.
Er blijven ook relevante kennisonderwerpen van het RIVM i.r.t. corona nog wat onderbelicht. Denk aan onderwerpen buiten het CIb, het onderzoek naar mondmaskers, de inzet van 3D printen en andere thema's. Gelukkig gaan nieuwspublicaties over andere onderwerpen inmiddels gewoon door.
Daarnaast is het tijd om de DG/(10)(2e) zichtbaar te krijgen in de media. Redenen hiervoor zijn divers. De belangrijkste is wat mij betreft de DG te positioneren in het opkomende debat over reconstructie besluitvorming obv wetenschap tijdens crisismanagement en toekomstige evaluaties. Die gaan er komende maanden (ergens 'na de crisis') zeker komen. Liever (10)(2e) nu zichtbaar dan pas achteraf.
Daarom wil ik met jullie afstemmen hoe we tot een mediastrategie met het juiste verhaal kunnen komen, waarbij we de DG/(10)(2e) in gaan zetten.

Alvast enkele gedachten.
(1) Waarom is het RIVM zo vaak in het nieuws de laatste tijd? Doel: uitleggen wat onze brede kennisbasis + maatschappelijke relevantie is i.r.t. de grote thema's stikstof, klimaat, duurzaamheid en nu natuurlijk corona. Doelgroep algemeen publiek.
(2) Bestrijden (CIb/OMT) en onderzoeken tegelijk (andere thema's, gedragsonderzoek). Hoe het RIVM op meerdere fronten tegelijk werkt aan coronabestrijding. Doel: wat komt er kijken bij meerdere ballen tegelijk hooghouden, terwijl je onder een druk staat & en onder vergrootglas ligt, de winkel doorgaat en nieuw onderzoek nodig is én wordt ingezet door het RIVM. Doelgroep: ntb.
(3) Aanpassen aan corona: hoe een virus alle kennisgebieden van het RIVM raakt. Achtergrondverhaal.
(4) Wetenschap en crisismanagement. Uitdagingen en belemmeringen. Doel: nu al regie nemen op de evaluatie straks. Met welke uitdagingen hebben we te maken (gehad); hoe verhouden die zich tot Den Haag + de crisis, etc.
(5) Open science, open data; hoe het RIVM openheid van zaken geeft terwijl een crisis wordt bestreden (verhaal van (10)(2e) modelering). Doel: laten zien dat het RIVM al open is, binnen de mogelijkheden van onze vorm van onderzoek en het managen van een crisis tegelijk.
(6) Corporate film/video's over allerhande onderwerpen. Er loopt al veel, mogelijk kunnen we hier extra op investeren (niet alleen op de CIb thema's).

Ik schiet een afspraak in, om af te stemmen en e.e.a. concreet te maken. Niet aanwezig, geen probleem dan graag inbellen.

Hartelijke groet, (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) Communicatie & Documentaire informatievoorziening (C&D)
06 (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA Bilthoven
www.rivm.nl

Ik werk zelf op onregelmatige tijden. Antwoord vooral op een tijdstip dat voor jou schikt.
RIVM, de zorg voor morgen, begint vandaag.

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/28/2020 7:54:14 PM
Subject: Terugkoppeling pDG overleg 28/5
Received: Thur 5/28/2020 7:54:15 PM
6. Presentatie BR van sprint naar marathon.pptx
2.2 Factsheet JZOJP definitief.pdf
5.1 Nota vernieuwde opzet Contourennota.docx

Hoi,

Hierbij terugkoppeling wat uitgebreider dan normaal, want best wat punten die voor jullie ook relevant zijn.

Op agenda stond:

1. **Lerende evaluatie JZOJP**
   - ✓ RIVM gaat heeft opdracht gekregen en opzet gemaakt. Bijgevoegd in **factsheet**.
   - ✓ Meegegeven:
     - Hoe baken je goed af? Want wie dus meedoet op bestuurlijke tafel bepaalt scope? En voorkomen, verplaatsen zorg etc superbreed. Omvat alle wetten, alle sectoren.
     - Hoe relateer je de indicatoren (ze hebben er nu 800 !!) in databestand aan doelstelling programma. Schijn van meetbaarheid, terwijl causaliteit niet vast te stellen is.
     - Zorgen voor onafhankelijkheid RIVM
     - Dat in lerend proces ook VWS goed wordt meegenomen. Voorgesteld om groepje JZOJP dat in VWS bestaat opnieuw te gebruiken en Mathijs van de Berg toe te voegen voor verbinding contourennota.

2. **Invulling beleidsagenda 2021**
   - ✓ Voorstel is dat aangesloten wordt bij Voorjaarsbesluitvormingsthema.
   - ✓ Ingestemd met voorstel, maar wel meegegeven:
     - meer op resultaten ipv instrumenten focussen (niet op HLA, maar op wat je met HLA wilt bereiken)
     - gebruik taal waar De Jonge blij van wordt
     - leg voorstel asap neer bij bewindspersonen, want vorig jaar was proces hell (en moest Ernst herschrijven .....)
   - ✓ FEZ legt dit keer na goedgekeurd voorstel eerste concept neer ipv tekst overal uit te vragen. Lijkt voor nu efficiënter.

3. **Uitwerking Strategische Evaluatie Agenda**
   - ✓ Tussen De Jonge en Hoekstra zijn begin dit jaar afspraken gemaakt over evaluaties. Afgesproken waar mogelijk bestaande evaluaties iets integraler vorm te geven. Dus volgende keer ook doelmatigheid mee te nemen bij evaluatie Jeugdwet ipv alleen doelmatigheid bijv. Nu telt die van de Jeugdwet officieel niet mee voor MINFIN en dat is jammer.
   - ✓ Er is een enorm overzicht gemaakt van alle evaluaties die we de komende tijd uitvoeren. Wie belangstelling heeft: ik kan het toezenden.

4. **Update contourennota**
   - ✓ BWP hebben besloten concept-Contourennota na de zomer als discussiedocument breed in consultatie te brengen bij veldpartijen (via internetconsultatie en/of werkconferentie), waarna afronding, (interdepartementale en politieke) afstemming en publicatie in het najaar plaatsvinden (evt. in afstemming met de corona-VTV van het RIVM).
   - ✓ De Minister van VWS wil in juni weer in gesprek te willen met het contourenteam via een haardvuursessie.
   - ✓ Nieuwe opzet bijgevoegd. Gevraagd goed care en cure mee te nemen dit keer, ook meer preventie.

5. **Projectorganisatie COVID 19**
   - ✓ Nog ingewikkeld gebeuren om goed af te schalen en te bezien wat er nog in projectorganisatie moet. Tijd was tekort om hier lang bij stil te staan. Komt volgende week terug. Zie bijgevoegde presentatie.

Tot zover,

(10)(2e)

288001

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/4/2020 6:52:40 AM
Subject: Update communicatiestrategie coronavirus
Received: Mon 5/4/2020 6:52:42 AM
communicatie tijdens corona def.pdf
Communicatiestrategie corona en kaders RIVM-breed v01.05 def.docx

Goedemorgen,

Vorige week heeft de DR gesproken over verbreding van de communicatie over het coronavirus. De DR nota die daarvoor gebruikt is hebben Remko en ik omgeschreven naar een aanpassing van de communicatiestrategie.

Wat hierin vooral belangrijk is, is hoe we afstemmen met de communicatie over corona-onderzoeken die buiten het CIb gedaan worden. Het uitgangspunt is dat de communicatieadviseurs uit hun eigen domeinen hierover communiceren, maar in afstemming met ons.

Natuurlijk heeft (10)(2e) een handige wegwijzer getekend voor alle communicatiecollega's.

Als je vragen en opmerkingen hebt, laat het weten.

Groet (10)(2e)

----

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

RIVM
Postbus 1
3720 BA BILTHOVEN
T (030) (10)(2e)
M (06) (10)(2e)
http://www.rivm.nl

Aanwezig op (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) @minvws.nl'[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: CoronaGedragsUnit[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))'[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) @minvws.nl'[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/6/2020 1:18:55 PM
Subject: nieuwsbericht gedragsonderzoek nog onder embargo tot morgenochtend 7u
Received: Wed 5/6/2020 1:18:57 PM
200506 nieuwsbericht corona gedragsonderzoek RIVM GGDen .docx

Dag (10)(2e) & (10)(2e)

Eind april hebben we de eerste ronde gehad van het grote vragenlijstonderzoek met GGD'en naar gedragsmaatregelen en welbevinden. Morgen presenteren we de resultaten, waarvoor inmiddels ook persbelangstelling is. Bij deze het nieuwsbericht daarover. Via RIVM woordvoering wordt ook DCO geinformeerd.

Ik hoop jullie later vandaag een uitgebreider overzicht te kunnen sturen van de resultaten die morgen online komen.

Ter info - Dit onderzoek voeren we uit met financiering vanuit NWO via ZonMw. Inzet van GGD'en hierbij nemen zij voor eigen rekening.

Hartelijke groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 19:12
To: (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
< (10)(2e) @minvws.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; CoronaGedragsUnit
< (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: verzoek gedragsdeskundigen panel

Zal ik wel doen.
Groet
(10)(2e)

Van: (10)(2e))
Verzonden: maandag 4 mei 2020 17:53
Aan: (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
CC: (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e)) ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) ; (10)(2e)) ; CoronaGedragsUnit ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: verzoek gedragsdeskundigen panel

Mooi werk, dit. Willen jullie dit met korte duiding doorsturen aan bewindslieden doorsturen aan bewindslieden en collega's van CZ en LZ?
Dank!
Grt (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: maandag 04 mei 2020 5:41 PM
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Kopie: (10)(2e) (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
< (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, CoronaGedragsUnit < (10)(2e) @rivm.nl>,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: verzoek gedragsdeskundigen panel

Beste (10)(2e)

Afgelopen weekend heeft de wetenschappelijke adviesraad vd Corona Gedragsunit input geleverd tbv jullie vraag over mondkapjes. We waren al eerder gestart met het in kaart brengen van relevante literatuur op dit punt. Echter, dit levert geen eenduidig antwoord op jullie vraag. Zie bijgaand document.

We zullen de komende weken de (inter)nationale literatuur over effect van mondkapjes op compliance blijven scannen. Daarnaast is het advies om heel nauw te monitoren hoe het gebruik van mondkapjes in de praktijk daadwerkelijk uitpakt.

Veel succes met jullie overwegingen!

Met hartelijke groet,

(10)(2e)

---

(10)(2e (10)(2e) | (10)(2e)
RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij | Corona Gedragsunit ((10)(2e)@rivm.nl)
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA Bilthoven / Postbus 1 (postbak 30) | 3720 BA Bilthoven
....
T +31 3(10)(2e) (secretariaat) | **M** +31 6(10)(2e) | **E** (10)(2e)@rivm.nl | **Tw** @(10)(2e)
....
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Sent: vrijdag 1 mei 2020 18:32
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
<(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Subject: verzoek gedragsdeskundigen panel

Beste (10)(2e)

Aan het OMT van 4 mei is een vraag voorgelegd over het gebruik van mondkapjes. Logischerwijs zullen zij ingaan op de medische noodzaak hiervan en het effect op de volksgezondheid.
Daarnaast wil het kabinet ook graag zicht krijgen in de gedragskundige aspecten met betrekking tot het gebruik van mondkapjes.
(10)(2e) heeft hierover al contact met je gehad.
Ik maak voor deze vraag graag gebruik van de expertise van de gedragsunit corona bij het RIVM.
Welke effecten heeft het gebruik of zou het gebruik van mondkapjes mogelijk kunnen hebben op de compliance aan de huidige social distancing maatregelen, zoals het advies 'blijf zoveel mogelijk thuis', 'blijf thuis bij klachten' en de anderhalve metermaatregel?

In verband met de besluitvormingscyclus over maatregelen vraag ik u om het advies uiterlijk maandag 4 mei op te leveren. Alvast hartelijk dank voor de inzet.

Vriendelijke groet,

Met vriendelijke groet,

288004

(10)(2e)
DuoDG Volksgezondheid (tav Corona aanpak)

(10)(2e)@minvws.nl
+316 (10)(2e)

Secretariaat:
(10)(2e) / (10)(2e)
070- (10)(2e)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

To: (10)(2e) @minaz.nl'[(10)(2e) @minaz.nl]
Cc: (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))
Sent: Sun 5/17/2020 12:25:54 PM
Subject: Routekaart
Received: Sun 5/17/2020 12:25:55 PM
20200515 Onderbouwing routekaart kwetsbare personen 9.57.docx
20200515 Routekaarten kwetsbare personen Compleet_9.57.docx
200517 Routekaart kwetsbare personen 9.57.xlsx

(10)(2e)

Nav follow-up C'huis vandaag begrijp ik dat je in speech dinsdag tekst over routekaart kwetsbare personen (verpleeghuis, instellingen gehandicapten, kwetsbare mensen thuis gaat maken). Heel goed!

Bijgevoegd work in progress op dit punt – moet op onderdelen nog verder met veld worden besproken natuurlijk ook in onze brief landen en die tekst maken we vandaag en morgen.

Dus in plaats van de bijlagen te lezen is mijn voorstel dat we je uiterlijk morgenochtend vroeg een grove tekst sturen, die je kunt aanpassen/inkorten (denk zelf aan 15 zinnen).

Akkoord?

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]; _Groep DMO-MT medewerkers[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/18/2020 6:03:08 PM
Subject: : Routekaart versie 18 mei 17.32
Received: Mon 5/18/2020 6:03:09 PM
20200518 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 17.32.docx
200518 Routekaart kwetsbare personen 17.32.xlsx

Beste mensen,

Hierbij de laatste versie van de routekaart.

Wordt dus niet als zodanig gepubliceerd, maar is wel het bron document.

Groet,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 6/15/2020 4:22:48 PM
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen
Received: Mon 6/15/2020 4:22:48 PM

PS OMT stuk is vertrouwelijk, dus niet verder verspreiden!

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)


Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl] (10)(2e) (10)(2e) @mckinsey.com]; (10)(2e) , (10)(2e) , ((10)(2e) [(10)(2e) @amsterdamumc.nl]
Cc: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) .[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
Sent: Tue 5/26/2020 2:59:36 PM
Subject: FW: meeting vanmiddag
Received: Tue 5/26/2020 2:59:42 PM
image002.png
MP 96 Cartridge proposal Helvoet 25-05-2020.pdf
MP 96 Cartridge proposal Helvoet 25-05-2020.pdf
Engel Angebot _Quotation 20899900.pdf
2004-00006-2 Offerte Productie Roche Cartridge.pdf
2004-00006-3 Offerte Matrijs Roche Cartridge.pdf
2004-00015-1 Offerte VWS-Lektesters Roche Cartridge.pdf
2019 NRK PVT verkoopvoorwaarden NL.pdf
Q00548_Quotation-Handel.pdf
Opdrachtbrief Promolding 23042020.pdf

Hi (10)(2e)

Zoals gisteren besproken, zou jij dit verder kunnen (laten) oppakken?
Uit de offerte 2004-0006-3 hebben wij 1. Matrijs en 3. Engineering al opgenomen in onze opdrachtbrief en ook de bijbehorende factuur betaald.

Levering:
1. Matrijs à € (10)(2b) = € (10)(2b)
2. Luchtvracht matrijs à € (10)(2b) = € (10)(2b) *(*)*
3. Engineering & begeleiding à € (10)(2b) = € (10)(2b)
4. Invoerrechten à € (10)(2b) = € (10)(2b)
5. Getuige Promolding Shanghai matrijs & proces bij lever een nader te benoemen locatie in China à € (10)(2b)

TOTAAL = € (10)(2b)
(*) op basis van nacalculatie

Gr (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @bpo.nl>
Verzonden: dinsdag 26 mei 2020 12:43
Aan: (10)(2e) <(10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) <(10)(2e) @amsterdamumc.nl>
CC: (10)(2e) , (10)(2e) <(10)(2e) @dsm.com>; (10)(2e) , (10)(2e) . <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: meeting vanmiddag

Beste allen,
(sorry voor de uitgebreide mail en info, maar handig om dit alvast doorgenomen te hebben voor onze meeting

vanmiddag).

Om onze bespreking straks alvast van informatie te voorzien hierbij de huidige status voor beide cartridge routes:

Productie:
NL1:

De matrijs is momenteel (bijna) klaar voor productie, dwz er komen lossende delen uit en er wordt morgen met de laatste versie proef gespoten (waarna deze gereed is voor productie). De NL1 zou naar Helvoet gaan maar doordat het product een snelle injectie snelheid vraagt is de beoogde machine bij Helvoet in de CR niet "zwaar' genoeg. Ze hebben nu een offerte gemaakt waarbij de CR omstandigheden komen te vervallen en onder normale schone productie plaatsvindt.
Ik heb (10)(2e) (10)(2e) dit voorstel gestuurd en hun mening gevraagd. Tegen meerkosten van 40k kan de machine in CR en volgens het kwaliteitssysteem van Roche worden geproduceerd tegen de genoemde stuksprijs.

Een alternatief wat duurder is, is om bij Promatrix te produceren. Ook zij hebben een voorstel gestuurd, zie bijlage maar gezien de (met name stuks kosten) lijkt me dit geen optie. Wel wil ik me sterk voor hun maken om de matrijskosten die sterk hoger uit vallen (enigszins) te compenseren voor ze (zie ook het overzicht) ik denk dat een goede middenweg hier alle partijen tevreden kan stellen).

Ik krijg van Roche nog de resultaten te horen van beide tests die momenteel lopen bij hen en bij het UMC.

NL2:

De matrijs is nog in een stadium van trials, dwz ze krijgen er (nog) geen goede producten uit. Dit gaat wel erg moeizaam maar zal uiteindelijk (1-2 weken) ook wel lukken. We weten dan de parameters van de machine die nodig is en (wellicht) kan Promolding (de beoogde producent) deze dan produceren op een aangepaste machine. Bij hen zal iig de schroef vervangen moeten worden, iets wat in 2 weken te regelen is tegen ca (10)(2b) kosten. Productprijs is lager dan Helvoet en investeringen dus ook. Eventueel kan de NL1 als alternatief bij Promolding worden geproduceerd!

Kwaliteit:

Zoals gezegd volgen we in principe de kwaliteitseisen van Roche alleen op de korte termijn is dit -doordat de matrijs lastig blijkt te vullen- niet mogelijk onder CR omstandigheden. Ten aanzien van de productie, verpakking, barcodes en afmetingen hebben we een kwaliteistplan samengesteld dat aan de producenten is doorgegeven. Dit is hetgeen Roche ook gebruikt.

Omdat de resultaten van de nu lopende tests nog niet bekend is, maar we er van uitgaan dat dit akkoord is, zijn bovenstaande routes nog wel voorlopig.
In dit project heb ik een ZZP-er ingeschakeld die met name het kwaliteitsplan heeft geëxtraheerd uit de informatie van Roche en vertaald heeft naar ons kwaliteistplan. Hij is een ervaren ex-Heineken contact dat wellicht voor het vervolg waardevol kan zijn. (10)(2e) (10)(2e) (zo heet hij) kan de productie en kwaliteit voor OMT/VWS volgen en bijsturen, hij heeft daarvan aangegeven dat hij dat graag wil doen.

Planning:

Het is mogelijk om op zeer korte termijn 1000 stuks per dag te produceren (of zoals Helvoet aangeeft, ca **8000 per week**). De eerste 4-6 weken zijn dit cartridges die niet onder CR omstandigheden zijn gemaakt.

Op langere termijn (samen met Promolding) is de capaciteit dubbel. Indien de matrijs in China opschiet en Promolding de juiste machine heeft zouden ze in 3 weken kunnen produceren en dan ook ca 1000 cartridges per dag kunnen produceren. (dus totaal **ca 15000 per week**) (en wellicht dus ook omdraaien, dwz de NL1 bij Promolding onderbrengen, mits hun machine dat aankan).

Mijn rol is vrijwel uitgespeeld, dwz ik heb alles gedaan om het tot hier te realiseren. Ik ben van de meeste zaken goed op de hoogte maar de komende tijd zal het produceren en kwaliteitsbewaken prima bij anderen ondergebracht kunnen worden. Uiteraard ben ik beschikbaar om vragen te beantwoorden en assistentie waar nodig te verlenen, maar ik moet nu ook verder met mijn bedrijf te leiden. Dus komende 2-3 weken zal ik alles willen overdragen en ik denk dat het ook het juiste moment hiervoor is. Mijn relatie met Roche is erg goed dus waar dat kan helpen zal ik hun contact blijven om het voor de verschillende partijen niet ingewikkelder te maken, maar als dat anders moet of kan vind ik dat uiteraard ook prima.

Rest nog de overeenkomst voor het produceren (Roche), de vrijwaring vanuit VWS en de wijze waarop gemaakte kosten verrekend moeten of kunnen worden.

In de bijlage:

Voorstel Helvoet (met de nieuwste informatie)
Voorstel Promoulding (met nog geen definitieve parameters tav productie (matrijs nog niet gereed)
Voorstel Promatrix (ter info, met name voor de gemaakte kosten).

Met vriendelijke groet,
Mit freundlichen Grüßen,
With kind regards,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) MSc (+31 6 (10)(2e))
(10)(2e)

BPO 30 Jaar Years Jahre

BPO Nederland bv
Scheepmakerij 11
2628 AA Delft
the Netherlands

T. +31 (0) (10)(2e)
D. +31 (0) (10)(2e)
E. (10)(2e)@bpo.nl
W. www.bpo.nl/

288014

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e). ((10)(2e)) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) [(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e). ((10)(2e)) [(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))
Sent: Fri 5/22/2020 3:04:34 PM
Subject: RE: Programma werkbezoek minister de Jonge maandag 25 mei 2020 aanGGD Regio Utrecht te Zeist en GGD GHOR Nederland te Utrecht
Received: Fri 5/22/2020 3:04:35 PM
200525.memo.GGDGHORbezoek.vTAS.docx

Dag allen,

Bijgevoegd het memo'tje dat bij Hugo de tas in gaat.

Voor de minister worden de volgende tijden aangehouden:
13:00 Vertrek VWS (naar Zeist)
14:00 aankomst GGD regio Utrecht - Vestiging Zeist, De Dreef 5, 3706 BR Zeist
14:30 vertrek GGD Zeist (naar Utrecht)
14:45 aankomst GGD GHOR Nederland, Zwarte Woud 2, 3524 SJ Utrecht
15:45 vertrek GGD GHOR Nederland (naar Den Haag)
16:45 aankomst Den Haag

Groet,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

To: (10)(2e) . (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
Sent: Sat 5/9/2020 11:46:26 AM
Subject: VRAAG : COVID19 strategie (Discussienotitie)
Received: Sat 5/9/2020 11:46:26 AM
2020 05 01 strategie Covid-19 iv.docx
2020 05 01 strategie Covid-19 iv schoon.docx

(10)(2e)

Een groepje op VWS gaat aan de slag met hoe de "remweg" te formuleren, is nog niet zo duidelijk, maar gaat erom de strategie verder in te vullen bijv welke signaalwaarden je hanteert om te bepalen of bijsturen nodig is of zelf geremd moet worden (en teruggedraaid). We kijken nu vooral in de achteruitkijkspiegel, kunst is dat goed te doen en iets meer vooruit te kunnen kijkne.

Leek me wel iets voor jou, analytisch (meva) en lz-breed (dus even goed in lz kolom schakelen)?

Wat vind je, dan meld ik je aan bij (10)(2e)

(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: vrijdag 1 mei 2020 21:41
Aan: Jonge, H.M. de (Hugo) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: COVID19 strategie (Discussienotitie)

Beste collega's,

De discussienotitie over de strategie COVID 19 is vandaag in de MR besproken. Naar aanleiding van de opmerkingen daar heb ik de notitie aangepast tbv het Catshuis van as zondag. Mocht die bij jullie nog aanleiding tot opmerkingen geven, dan hoor ik die graag morgen voor 12.00 uur. Zodat we de versie nog evt kunnen aanpassen en daarna met een korte presentatie aan Hugo en (10)(2e) mee kunnen geven tbv het overleg.
@ (10)(2e) en (10)(2e) vraag nog even jullie bijzondere aandacht voor de mondkapjes passage (hoewel ik weet dat dat los van deze notitie ook veel uitgebreider nog aan bod komt in het Catshuis)
Overigens, zou mijn suggestie zijn de 'schone' versie te lezen....

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
DuoDG Volksgezondheid (tav Corona aanpak)

(10)(2e) *@minvws.nl*
+316 (10)(2e)

Secretariaat:
(10)(2e) / (10)(2e)
070 (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @nivel.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/11/2020 4:21:56 PM
Subject: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points
Received: Mon 5/11/2020 4:21:58 PM
118638_011100 IDS formulier NIVEL_aangepast_AVG_vraag_locatie.pdf

Hoi,

Monsterformulier aanpassen als er uitbreiding van peilstations komt. Dan zijn nieuwen gelijk al uitgerust met aangepast formulier. Niet laten wachten tot oktober, of gaat studie dan pas van start? Sowieso is het veel beter om formulier al ruim van te voren aangepast en uitgerold te hebben, inclusief aanpassingen in UNILAB.

Mvg

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 18:13
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nivel.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Hoi (10)(2e),

Ok.

Ik zie nu trouwens in de mail van (10)(2e) hieronder dat de reactie op de actiepunten ook aan Nivel kan. Dus dan hoef ik volgens mij geen apart mailtje voor (10)(2e) meer op te stellen, toch? Aangezien jij al op de hoogte bent van hoe wij er in staan vanuit NL en RIVM.

Samengevat besluiten we dan dus vooralsnog (als ik het goed begrepen heb):

- Wat betreft WP2 kunnen en willen wij participeren in zowel de geaggregeerde als de case-based surveillance. De voorgestelde frequentie van data-aanleveren is akkoord. Het lab-formulier proberen we de komende tijd aan te passen (op basis van de voorgestelde minimale variabelen), waarbij 1A4 beide zijden de limiterende factor is. We streven dan naar aanpassing van het formulier per begin oktober 2020. Data die nu al beschikbaar zijn kunnen uiteraard al eerder worden aangeleverd in de voorgestelde frequentie.
- WP4: weten we nog niet zeker. Komende tijd onderzoeken of de benodigde informatie op een andere manier verzameld kan worden, nl. buiten het consult om. Indien het wel mogelijk blijkt, dan streven naar beginnen per oktober 2020.
- over sequencing zou nog verder gesproken moeten worden (ik zie in (10)(2e) haar lijstje dat er al voorzien is een apart overleg hierover: 'Arrange meeting to discuss laboratory aspects → Epiconcept (meeting before 20 May)').

Inhoudelijk vind ik de voorstellen in de protocollen trouwens helemaal top! Zit epidemiologisch weer erg gedegen in elkaar, zoals we gewend zijn van EpiConcept! Ik heb dan ook geen uitgebreide comments verder. Alleen één klein puntje: waarom wordt er bij 'pre-symptomatische' enkel naar 'biological disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARDs)' gevraagd? Deze immuun modulerende biologicals worden toch ook voor andere ziekten naast reumatische ziekten gebruikt, zoals voor IBD? Ook in die gevallen lijkt het me zinvol om dit als risciofactor mee te nemen. Dat geldt dan dus niet alleen voor de presymptomatisch medicatie, maar ook voor de lijst met de onderliggende ziekten. Of zijn er aanwijzingen uit de literatuur dat dit bij Covid19 anders zou werken en dat het hier echt enkel alleen om reumatische ziekte gaat?

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nivel.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 17:30
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Prima. Ik mik dan op het najaar, zeg maar start respiratoire seizoen.
En als we het toch niet zien zitten, dan is er geen man overboord. (10)(2g)
Volgens mij was het voor (10)(2e) nog niet duidelijk (10)(2g)

Van: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: maandag 11 mei 2020 17:10
Aan: (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Hoi (10)(2e)

Als jij er positief in staat om de komende tijd te kijken of het privacy-dingetje wat je noemde uiteindelijk op te lossen is, dan lijkt het me prima om het nog even open te laten. En om vooralsnog bij I-MOVE aan te geven dat we het nog niet zeker weten of we vanuit NL aan de risk factor study mee kunnen doen. Zeker goed om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn! Hopelijk heb je daar tijd voor de komende tijd, naast de het realiseren van de uitbreiding van de peilstations waar blijkbaar om is verzocht vanuit het OMT...

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nivel.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 13:43
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: [I-MOVE-COVID-19] Meeting minutes and action points

Hoi (10)(2e),

Zullen we antwoorden dat we op dit moment nog niet zeker weten of we vanuit NL mee kunnen doen aan de risk factor study? Dan houden we het nog een beetje open. En dan denk ik vooral aan de mogelijkheid om de aanvullende informatie op een andere manier te verzamelen, buiten het consult waarbij de patiënt bemonsterd wordt en het al vrij tijdrovende labformulier moet worden ingevuld.

En gezien de reacties zal meedoen aan de aggregated en case-based surveillance geen probleem zijn.

Monsterformulier heb ik al, uiteraard.

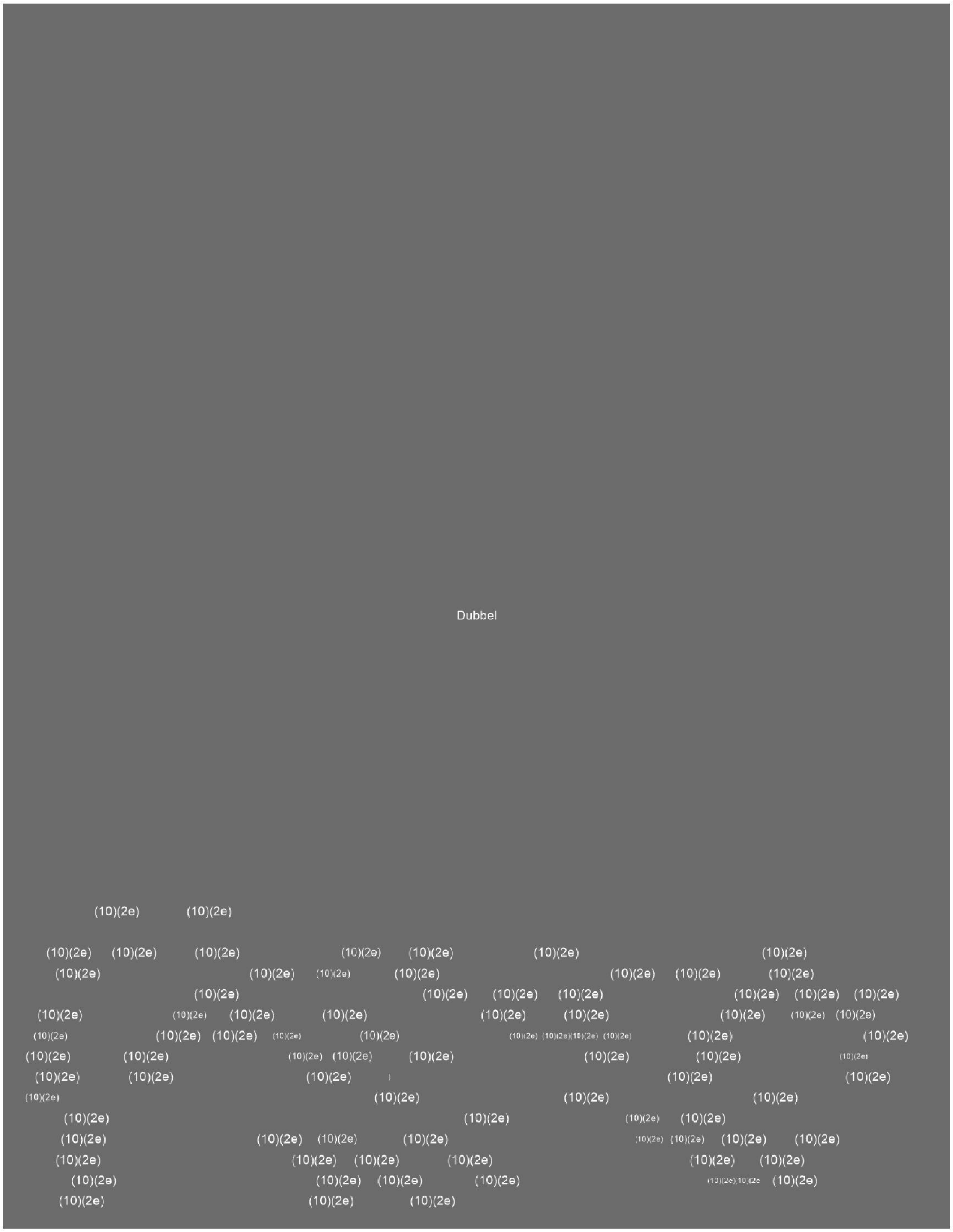
En als jij nog opmerkingen op het protocol zelf hebt, horen we dat graag.

Groetjes, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel


Dubbel
(10)(2e)

To: Jonge, H.M. de (Hugo)[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) e(10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))
Sent: Sat 5/2/2020 11:01:43 AM
Subject: 2020 05 02 Voorstel aanpassing bezoekregeling
Received: Sat 5/2/2020 11:01:44 AM
2020 05 02 Voorstel aanpassing bezoekregeling.docx

Hugo

Van verschillende documenten, diverse subgroepjes, vermeende consensus, etc , een lange avond en vroege ochtend zijn we gekomen tot volgende voorstel om voor te leggen aan OMT.
Vanmorgen ook nog commentaar van ANBO (was overigens heel voorzichtig, KBO_PCOB (vooral perspectief belangrijk) en Mantelzorg NL (vooral duidelijkheid over voorstel) meegenomen.

Van de kort en krachtig variant van VWS is het daardoor een wat uitgebreider stuk geworden. Verenso maakte een punt van opname van hun richtlijn in bijlage die qua voorwaarden weer wat strenger is (soort van dubbele boodschap en dan ook nog lid van OMT). We hadden bijlage eerst fors ingekort, maar dat viel niet goede aard en risico bestond dat dan apart aan OMT zou worden gestuurd. Daarom nemen we het nu op ter kennisgeving en vragen we OMT over bezoekregeling zelf.

Belangrijkste lijkt me dat we nu met draagvlak door kunnen. We moeten goed persbericht maken om verhaal in een keer goed neer te zetten. ANBO drukte ons nog wel op het hart om "voorzichtig proberen" te benadrukken want ze hebben afgelopen week vanwegee een of ander interview in ND kolossaal veel telefoontjes gekregen van mensen die zich op maken voor bezoek op 11/5.

Graag je reactie, OMT zit er op te wachten, kan dat voor 14u?

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) e(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)@minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/4/2020 6:49:05 AM
Subject: FW: Bezoekregeling
Received: Mon 5/4/2020 6:49:05 AM
2020 05 02 Voorstel aanpassing bezoekregeling.pdf

(10)(2e), kon het niet laten, wat een geroeptoeter. (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))
Sent: Mon 5/4/2020 6:50:00 AM
Subject: TKN : Bezoekregeling
Received: Mon 5/4/2020 6:50:00 AM
2020 05 02 Voorstel aanpassing bezoekregeling.pdf

Moest dat wel even kwijt, ze kunnen (10)(2e) of mij gewoon bellen.

---

(10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))
Verzonden: maandag 4 mei 2020 08:48
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @raadrvs.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @raadrvs.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Bezoekregeling

(10)(2e) en (10)(2e) ,

Vind jullie pleidooi voor aandacht voor kwestbare groepen in brede zin en verbreding scope prima.
Ik reageer even op onderdeel van de bezoekregeling want daar gloort toch een misverstand en weet niet of jullie op de hoogte waren/zijn hoe we daaraan werken.

Wij vragen OMT niet om integrale instemming op het voorstel dat we gemaakt hebben, we vragen om een advies over de (rand)voorwaarden vanuit het oogpunt van infectiepreventie. Sterker nog we hebben het voorstel met een grote groep van deskundigen en koepelorganisaties gemaakt en besproken (academische netwerk, ethici, professionals, bestuurders, cliënten, patientenorganisaties en ga zo maar door). Een versoepeling van de bezoekregeling onder het motto 'voorzichtig proberen' zal een besluit van het kabinet zijn. Dat was de invoering van het bezoekverbod ook (heeft OMT niet over geadviseerd, het was wel in lijn met OMT advies, de ervaringen in Brabant en het advies van Verenso). Van alle mensen die we hebben gesproken, zijn er overigens maar weinigen die het helemaal willen overlaten aan de instellingen zelf en is voorzichtigheid troef. De praktische vormgeving wordt natuurlijk wel lokaal bepaald.

Ik voeg het stuk dat we hebben gemaakt toe (het wat uitgebreidere verzoek aan OMT zit in ander document) toe, het is vertrouwelijk., maar geeft wel goed beeld hoe we daar juist met veel betrokkenen aan werken.

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Fri 5/29/2020 7:28:46 AM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (45)
Received: Fri 5/29/2020 7:30:54 AM

Bekijk online

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (45)

29 mei 2020

Dit is een gecombineerd (10)(2e)@ (10)(2e) @ctbericht.

In dit bericht:

Na het Inf@ctbericht 44 (voor GGD'en) van woensdag 20 mei ontvangt u informatie over de volgende onderwerpen:

- Symptomen van COVID-19
- BCO-protocol en de brieven
- Testen van kinderen
  - Teststraten
  - Speeksel/orale vloeistof en kinderen
- Serologie
  - Meer serologie beschikbaar, die in- en extramuraal in te zetten zijn
  - Indicaties en interpretaties
  - Geen meldingsplicht voor serologische uitslagen
  - Serologische dagstaten
- CoronIT en de virologische dagstaten
- Nertsenbedrijven en nertsenhouders

Bericht:

Symptomen van COVID-19

De symptomen die passen bij COVID-19 zijn geüpdatet, aangezien er steeds meer bekend wordt over een infectie met SARS-CoV-2. Het uitbreiden van de meest voorkomende symptomen passend bij COVID-19 is in deze fase van de uitbraak belangrijk, omdat dit richting geeft aan de bestrijdingsmaatregelen waaronder testen, bron- en contactopsporing en isolatie van mensen met klachten.

Inhoudelijke achtergrondinformatie t.b.v. symptomatologie en consequenties voor testen en maatregelen zijn te lezen in de bijlage van de richtlijn. De LCI-richtlijn zal zo snel mogelijk hierop aangepast worden.

Symptomen van COVID-19 waarbij de Nederlander thuis moet blijven, zelf geïnitieerd of door middel van externe triage/gezondheidscheck

Bij de volgende symptomen wordt geadviseerd dat de Nederlander thuis moet blijven, op basis van de huidige wetenschappelijke literatuur en expert opinion:

Verkoudheidsklachten, zoals neusverkoudheid, loopneus, niezen, keelpijn

EN/OF

(licht) hoesten

EN/OF

Plotsteling verlies van geur en/of smaak (niet veroorzaakt door obstructie van de neus)

EN/OF

Kortademigheid/benauwdheid

EN/OF

Verhoging óf koorts boven de 38 graden

Aangezien het alleen hebben van spierpijn, vermoeidheid, anorexie/verminderde eetlust en/of hoofdpijn voor de algehele populatie waarschijnlijk te weinig specifiek is, zijn deze symptomen alleen van belang in combinatie met een van de vier bovenstaande symptomen.

De symptomen voor thuisisolatie van het hele gezin, indien de index nog niet getest is, worden niet veranderd en blijven koorts en/of benauwdheid.

Symptomen van COVID-19 waarbij geadviseerd wordt dat de Nederlander zich laat testen

De bovengenoemde symptomen worden gelijkgesteld voor thuisisolatie en testen. Echter, als iemand zich meldt met een van de overige klachten uit het gehele brede palet aan klachten van COVID-19, dan zal dit waarschijnlijk minder discriminerend zijn voor COVID-19, maar dan kan deze persoon zich ook laten testen. Het brede palet aan klachten staat beschreven in onderstaand kopje.

Symptomen van COVID-19 waarbij geadviseerd wordt dat de contacten van een COVID-19-patiënt zich kunnen laten testen

Aangezien het huidige beleid gefocust is op intensief bron- en contactonderzoek, zal een contact van een COVID-19-patiënt laagdrempelig getest worden bij een van de klachten uit het gehele brede palet aan klachten van COVID-19. Daaronder wordt verstaan: koorts, koude rillingen, hoesten, algehele malaise, vermoeidheid, algehele pijnklachten, oculaire pijn, spierpijn, hoofdpijn, keelpijn, buikpijn, pijn bij de ademhaling, duizeligheid, neusverkoudheid, kortademigheid, schorre stem, prikkelbaarheid/verwardheid/delier, anorexie/verlies van eetlust, diarree, overgeven, misselijkheid, hyposmie/anosmie, dysgeusie/ageusie, conjunctivitis en verschillende huidafwijkingen.

BCO-protocol en de brieven

In het protocol BCO is het beleid rondom asymptomatisch geteste personen toegevoegd. Huisgenoten en de overige nauwe contacten worden gedurende 14 dagen gemonitord op het ontwikkelen van klachten.

De brieven voor de patiënt en de contacten bij een bevestigde infectie zijn herzien en geplaatst op de website.

Testen van kinderen

Teststraten

Ook alle kinderen met klachten passend bij COVID-19 kunnen zich melden bij de GGD; er is geen leeftijdsgrens. GGD GHOR NL en VWS werken verder uit hoe dit logistiek wordt ingeregeld.

Speeksel/orale vloeistof en feces

Met het openen van kinderdagverblijven en basisscholen zal er vaker behoefte zijn om jonge kinderen te testen. Het (goed) afnemen van een neus- en keelwat bij hele jonge kinderen kan lastig zijn en niet altijd lukken. Alternatieve monsters kunnen speeksel/orale vloeistof en feces zijn.

Literatuur en een eerste validatie door RIVM/IDS laten zien dat feces in het ene geval meer en in het andere geval wat minder opbrengst heeft dan respiratoire materialen. Speeksel/orale

vloeistof lijkt mogelijk iets minder gevoelig. Het is daarom te adviseren om beide materialen te gebruiken, als het afnemen van een neus- en/of keelwat niet mogelijk is.

Voor speeksel zijn verschillende afname-/verzameltechnieken mogelijk. De zg. sabbelwatten werken goed, maar zijn op dit moment nog niet op grote schaal verkrijgbaar. Ook is de workflow bij sommige laboratoria (nog) niet ingericht op de verwerking ervan. Niet alle laboratoria hebben op dit moment hun testen voor deze materialen gevalideerd, vooral voor wat betreft speeksel. Wij adviseren GGD'en daarom te voren contact op te nemen met de laboratoria in hun eigen regio. Er wordt gewerkt aan inzicht bij welke laboratoria speeksel en feces in ieder geval op dit moment kunnen worden getest.

Serologie

Naast een gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest komt betrouwbare serologie voor SARS-CoV-2 steeds breder beschikbaar. Betrouwbare serologie op medische indicatie is beschikbaar voor zowel de intra- als extramurale zorg. Ter ondersteuning van deze directe patiëntenzorg zijn er van overheidswege betrouwbare serologische testen op voorraad genomen (Wantai total Ab test). Hierover is reeds gecommuniceerd via de NVMM.

Naast deze vanuit de nationale voorraad beschikbare serologische test, worden in toenemende mate andere serologische testen (ELISA en auto-analyzertesten) in de Nederlandse laboratoria gevalideerd en geïmplementeerd. De resultaten hiervan worden in een wekelijkse update vanuit de taskforce serologie via de websites van de NVMM en het RIVM bekend gemaakt (link) om laboratoria zo goed mogelijk in hun keuze van betrouwbare serologie te ondersteunen. Bij zowel het RIVM als het Erasmus MC is een virusneutralisatietest beschikbaar. Voor inzet hiervan is overleg nodig met de dienstdoende virologen van deze laboratoria.

Voor COVID-19-diagnostiek blijft een gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest de eerste, aangewezen test. Medisch inhoudelijke indicaties voor het inzetten van een serologische test zijn onder meer:

- Aantonen van een recente infectie bij een hoge verdenking indien de PCR/nucleïnezuur-amplificatietest negatief is.
- Aantonen van een recente infectie indien de afname van de monsters voor PCR/nucleïnezuur-amplificatietest onmogelijk was.
- Als de uitslag invloed heeft op het medisch beleid, bijvoorbeeld als een positieve serologische testuitslag een SARS-CoV-2-infectie zo aannemelijk maakt dat het inzetten van diagnostiek naar andere verwekkers achterwege kan blijven.

De kosten van deze serologische diagnostiek worden door de zorgverzekering vergoed.

Daarnaast kan serologie naar eigen inzicht ingezet worden op maatschappelijke indicatie. Echter, de invulling met betrekking tot financiering door de overheid en de mogelijkheid tot afname van testen uit de nationale voorraad hiertoe, zijn op dit moment nog niet vastgesteld.

Serologie kan in het algemeen inzicht geven of iemand een bepaalde infectie heeft doorgemaakt en in de mate van aanwezigheid van eventuele beschermende immuniteit. SARS-COV-2 is een nieuw pathogeen waarvoor nog veel onzekerheden bestaan over het verloop van de immuunrespons in het brede spectrum aan klinisch manifestatie van infectie (asymptomatisch tot ernstig met dodelijke afloop) en de mate en duur van beschermende immuniteit in correlatie met het klinische verloop. Daarom is het belangrijk om te realiseren dat een doorgemaakte infectie met SARS-CoV-2 niet zomaar gelijkgesteld kan worden met de aanwezigheid van volledige immuniteit. De interpretatie van serologie is afhankelijk van de mate en wijze van validatie in de individuele laboratoria en dient te gebeuren door een expert. Een indicatie voor interpretatie staat in de tabel.

* Bij gepaarde sera wordt het 1e serum in de acute fase van de ziekte afgenomen en de 2e na minimaal 14 dagen, waarbij maximale gevoeligheid verwacht wordt 3-4 weken na de 1e ziektedag. Bij afname van 1 enkel serum heeft een serum afgenomen 3-4 weken na de 1e ziektedag de hoogste gevoeligheid.

**Suggestie voor interpretatie. Interpretatie dient te gebeuren door experts en is afhankelijk van de gebruikte test en de wijze en mate van validatie.

Patiënten met een positieve ('confirmed') serologische testuitslag zijn niet meldingsplichtig omdat de melding doorgaans te laat is om nog zinvol actie – i.c. bron- en contactonderzoek (BCO) - te kunnen ondernemen. In die gevallen waarin BCO nog wel zinvol is, kan altijd contact met de GGD worden opgenomen.

Momenteel is de informatiebehoefte t.a.v. COVID-19 groot. Op dit moment wordt bekeken of er binnenkort een verzoek volgt om naast gegevens t.b.v. de virologische dagstaten ook gegevens

t.b.v. serologische dagstaten te delen.

CoronIT en de virologische dagstaten

Voor de GGD-teststraten wordt steeds meer gebruik gemaakt van CoronIT. Hiermee kan o.a. overzicht verkregen worden van de verschillende (beroeps)groepen die getest worden. Op dit moment kan het systeem (nog) niet gebruikt worden voor de overzichten zoals die in de dagstaten worden vermeld. Voor een goed overzicht van de stand van zaken zijn beide systemen belangrijk. Wij vragen de laboratoria daarom om in de dagstaten ook de patiënten te vermelden die in CoronIT zijn opgenomen. Ook verzoeken we laboratoria die nog geen data aanleveren voor de dagstaten, om dit te gaan doen.

Met inhoudelijke vragen over het invullen van de dagstaat kunt u mailen naar (10)(2e)@rivm.nl; voor technische vragen kunt u terecht bij (10)(2e)@rivm.nl. Om toegang te hebben tot de rapportagetool, heeft u een persoonlijk account nodig. Indien u al een account heeft, omdat u ook meldt aan de reguliere virologische weekstaten, kunt u met dit account de data inzien.

Indien u nog geen account heeft, graag mailen naar (10)(2e)@rivm.nl met daarin

- uw naam en werk-e-mailadres
- naam van het laboratorium waarvoor u werkzaam bent.

Nertsbedrijven en nertsenhouders/-verzorgers

De afgelopen maand is op 4 locaties van verschillende nertsenbedrijven SARS-CoV-2-infectie aangetoond bij nertsen (Kamerbrief 19 mei 2020; Kamerbrief 25 mei 2020; Kamerbrief 28 mei 2020). Naast transmissie van mens naar dier is het zeer aannemelijk dat transmissie van dier naar mens bij enkele personen is opgetreden.

Uit onderzoek in de stallen is het virus (RNA) aangetoond in de lucht en stofdeeltjes. Om transmissie van mens naar dier te voorkomen worden nertsenhouders en -verzorgers en/of hun huisgenoten met COVID-19-achtige klachten geadviseerd zich te laten testen en niet in de stal te komen tot uit laboratoriumonderzoek blijkt dat er geen COVID-19 in het spel is. Mocht uit dit onderzoek blijken dat er wel sprake is van COVID-19 bij de nertsenhouder, - verzorger of één van de huisgenoten, dan adviseert de GGD hen in het kader van bron- en contactopsporing over maatregelen om verspreiding van de besmetting te voorkomen. De besmette patiënt gaat in thuisisolatie en zijn huisgenoten gaan in thuisquarantaine. In dit geval is het van belang dat zij niet in contact komen met de nertsen en de nertsen door andere medewerkers laten verzorgen. Is dit praktisch gezien niet haalbaar, dan is het advies de niet zieke huisgenoten met persoonlijke beschermingsmiddelen de nertsen te laten verzorgen. Indien op een bedrijf een SARS-CoV-2-infectie wordt vastgesteld bij de nertsen, is gebruik van persoonlijke

beschermingsmiddelen van belang om transmissie van dier naar mens te voorkomen. Een handreiking over persoonlijke beschermingsmiddelen komt op korte termijn beschikbaar voor de GGD.

In voorbereiding

- Herstart voortgezet onderwijs
- BCO-protocol: Beleid contactonderzoek in het vliegtuig
- Handleidingen uitbraak COVID-19 op scholen en bij vleesverwerkingsbedrijven

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.
- **RIVM-LCI:** tel. 030-(10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **RIVM dd. viroloog**: tel. 030-(10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience**: tel. 010-7033431 (buiten kantooruren: 010-7040704)

Meer informatie

- ECDC
- WHO en Dagelijkse WHO situation reports
- RIVM (algemene informatie)
- LCI-richtlijn COVID-19
- Rijksoverheid

Auteurs: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Gelderland Midden/RAC), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Erasmus MC), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM).

Bericht verstuurd aan: leden Labinf@ct en Inf@ct

VERTROUWELIJK

Dit bericht is strikt vertrouwelijk en uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking aan en gebruik door anderen is niet toegestaan.

Wilt u uw e-mailadres wijzigen of andere berichtenservices aanvragen? Dat kan via profiel bewerken. Collega's die deze berichtenservice nog niet ontvangen, kunnen deze aanvragen via https://www.rivm.nl/abonneren.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

De LCI is op werkdagen bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur via (10)(2e)@rivm.nl.

288040

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Wed 5/20/2020 3:29:53 PM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (44)
Received: Wed 5/20/2020 3:31:22 PM

Bekijk online

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (44)

20 mei 2020

Dit is een gecombineerd (10)(2e)@ (10)(2e) @ctbericht.

In dit bericht:

Na (10)(2e) @ctbericht 43 van maandag 18 mei met informatie voor de GGD'en over testbeleid en maatregelen in het kader van de Wet publieke gezondheid ontvangt u nu aanvullende informatie over de volgende onderwerpen:

- Aanpassing meldcriteria
- Protocol Bron- en contactonderzoek voor GGD'en
- Registratie contacten in HPZone
- Versoepeling bezoekregeling verpleeghuizen
- Aerogene verspreiding van SARS-CoV-2
- Handreiking: Veilige heropening bedrijven en instellingen
- Wekelijkse rapportage testuitslagen GGD-teststraten

Bericht:

Aanpassing meldcriteria

Het meldcriterium voor een bevestigde patiënt luidde tot nu toe: 'Elke persoon waarbij door middel van RT-PCR op twee onafhankelijke targets een infectie met SARS-CoV-2 is vastgesteld'. Omdat PCR-testen inmiddels goed gevalideerd zijn en hetzelfde geldt voor andere nucleïnezuur-amplificatietesten is het meldcriterium aangepast in: 'Elke persoon waarbij door middel van gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest een infectie met SARS-CoV-2 is vastgesteld'. De richtlijn is hierop aangepast.

Protocol Bron- en contactonderzoek voor GGD'en

Zoals besproken in het Webinar BCO van 19 mei is het protocol Bron- en contactonderzoek COVID-19 op een aantal punten herzien.

- De overige nauwe contacten worden verdeeld in categorie 2a (blootstelling langer dan 15 minuten) en 2b (kortdurende hoogrisicoblootstelling). Hierdoor kan de mate van het risico op overdracht beter worden opgevolgd en kunnen bijbehorende maatregelen zo nodig per subgroep worden aangepast.
- De GGD informeert de huishoudcontacten én de nauwe contacten (zowel categorie 2a als categorie 2b) telefonisch, en heeft halverwege en aan het einde van de monitoringsperiode nogmaals telefonisch contact met deze contacten.
- De leefregels voor overige nauwe contacten zijn verduidelijkt: zij blijven thuis en mogen niet buiten de deur werken. Een uitzondering hierop kan gemaakt worden in overleg met de GGD voor mensen werkzaam in de vitale sector of met cruciale beroepen.
- Het beleid voor vliegtuigcontacten is nader toegelicht.

In de Viadeskgroep COVID-19 voor GGD'en komt een Q&A beschikbaar voor GGD'en over het BCO. Daarnaast is er een Verpleegkundig Stappenplan Infectieziekten (VSI) beschikbaar. Vragen over het BCO kunnen gestuurd worden naar (10)(2e) @rivm.nl.

Registratie contacten in HPZone

Hierbij verzoeken we alle GGD'en om vanaf vandaag voor alle contacten in HPZone weer aan te geven dat deze gerapporteerd worden aan de LCI. Dit vond ook in het begin van de pandemie plaats. De GGD'en zullen tevens via mail en via een bericht in de HPZone-gebruikersgroep dit verzoek ontvangen. De contacten uit categorie 1 (huisgenoten), categorie 2a (overige nauwe contacten, lang), 2b (overige nauwe contacten, kort hoogrisico blootstelling) dienen op individuele basis geregistreerd te worden in HPZone. Op deze wijze vindt dagelijks geautomatiseerde terugkoppeling plaats naar LCI en EPI over het aantal contacten in monitoring en hun gezondheidstatus.

Graag hiervoor een '**Contact**' aanmaken, gelinkt aan een index (met Osirisnummer). Bij al deze contacten dient '**rapportage LCI**' aangevinkt te zijn. Met de GGD'en zonder HPZone zal de LCI een aparte werkwijze afspreken.

Versoepeling bezoekregeling verpleeghuizen

Sinds 11 mei j.l. is de bezoekregeling voor een aantal verpleeghuizen versoepeld. Op 25 verpleeghuislocaties (1 per veiligheidsregio) wordt in het kader van een pilot-project per bewoner 1 vaste bezoeker toegelaten. Verenso, ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, V&VN, en Zorgthuisnl hebben hiervoor een handleiding ontwikkeld. Daarom kunnen nu, naast medewerkers van verpleeghuizen, ook vaste bezoekers die klachten ontwikkelen die passen bij COVID-19 getest worden in de teststraten van de GGD. Vanaf 25 mei zal het aantal locaties waar vaste bezoekers worden toegelaten in overleg met de DPG's worden uitgebreid.

Aerogene verspreiding van SARS-CoV-2

Het ministerie van VWS heeft aan het RIVM advies gevraagd over de rol van ventilatiesystemen bij overdracht van SARS-CoV-2. Ook andere partijen, waaronder GGD GHOR Nederland, TNO en Techniek Nederland, hebben het RIVM om advies gevraagd over aerogene verspreiding van SARS-CoV-2 over langere afstand en of, en zo ja wat voor, gevolgen dit heeft voor systemen die het binnenklimaat regelen.

Er is op dit moment onvoldoende bewijs dat aerogene transmissie van SARS-CoV-2 relevant is in de verspreiding van SARS-CoV-2. Aerosolen zouden mogelijk relevant kunnen zijn bij verspreiding van SARS-CoV-2 bij zingen en sporten. Over deze settings volgt een separaat advies.

Op basis van de huidige inzichten zijn aanpassingen van ventilatiesystemen niet nodig. De geldende richtlijnen en onderhoudsinstructies kunnen worden gevolgd. Het is wel van belang dat er mogelijkheden zijn om te ventileren; goed ventileren is nodig voor het verversen van de lucht en draagt bij aan een prettig en gezond binnenklimaat. De onderbouwing van dit advies is hier te vinden.

Handreiking: Veilige heropening bedrijven en instellingen

Een deel van de vanuit overheidsredenen gesloten voorzieningen gaat weer open op 1 juni. Het gaat bijvoorbeeld om restaurants en cafés (incl. terrassen), bioscopen, musea, monumenten en culturele instellingen en/of activiteiten zoals theater en concertzalen. Met een goede gezondheidscheck voor zowel medewerkers als bezoekers, afstand houden en het consequent naleven van de algemene hygiëneadviezen – naast de reeds bestaande richtlijnen en

kwaliteitsnormen binnen de verschillende beroepsgroepen – is het in principe niet nodig om persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken. Op de RIVM-website is een handreiking opgenomen voor het veilig heropenen van deze bedrijven en instellingen. Brancheverenigingen en koepelorganisaties zijn op dit moment bezig met het vertalen van de RIVM-richtlijnen naar hun eigen werkvloer in protocollen.

Wekelijkse rapportage testuitslagen GGD-teststraten

In verband met Hemelvaartsdag kan de Osiris-vragenlijst 'Weekoverzicht GGD-Testraten' op vrijdag 22 mei ingevuld worden. Volgende week zal meer informatie volgen over de automatische rapportage vanuit CoronIT.

In voorbereiding

- Mogelijkheid gebruik van speeksel (verzameld met o.a. sponsje op stok) voor het testen van jonge kinderen
- Aanpassing brieven voor contacten
- Herstart voortgezet onderwijs

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.
- **RIVM-LCI:** tel. 030- (10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **RIVM dd. viroloog**: tel. 030 (10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience**: tel. 010-7033431 (buiten kantooruren: 010-7040704)

Meer informatie

- ECDC
- WHO en Dagelijkse WHO situation reports
- RIVM (algemene informatie)
- LCI-richtlijn COVID-19
- Rijksoverheid

288040

Auteurs: (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Gelderland Midden/RAC), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Hollands Noorden/RAC), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Erasmus MC), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM)

Bericht verstuurd aan: leden Labinf@ct en Inf@ct

VERTROUWELIJK

Dit bericht is strikt vertrouwelijk en uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking aan en gebruik door anderen is niet toegestaan.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

288040

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Wed 5/6/2020 12:31:21 PM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (41)
Received: Wed 5/6/2020 12:33:16 PM

Bekijk online

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (41)

6 mei 2020

Dit is een gecombineerd (10)(2e) @ (10)(2e) @ctbericht.

In dit bericht:

Na (Lab)Inf@ctbericht (39) van vrijdag 24 april en de Inf@ct (40) alleen voor GGD'en van woensdag 29 april ontvangt u nu aanvullende informatie over de volgende onderwerpen:

- Testbeleid zorgmedewerkers
- Testbeleid in het kader van de transitiestrategie
- Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 herzien
- Gevoeligheid van de PCR voor SARS-CoV-2-detectie en afnametechnieken
- Besmettelijkheid, einde isolatie en werkhervatting na COVID-19
- In voorbereiding

Bericht:

Testbeleid zorgmedewerkers

Het testbeleid van zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis is per direct aangepast en verruimd. Het testbeleid in de LCI-richtlijn is op dit beleid reeds aangepast.

Uit onderzoek blijkt dat de hoeveelheid virus in patiënten het hoogst is rond het moment waarop de symptomen beginnen (He et al. 2020, Kim et al. 2020, Zou et al. 2020). Daarom is de drempel voor het testen van minimaal 24 uur symptomen van COVID-19 verlaten. In de praktijk leidt deze drempel tot extra vertraging en daarom is deze niet gewenst. Vanaf morgen 7 mei 2020 zal dit beleid ook gecommuniceerd worden via de RIVM-website. Daarnaast is het beleid rond het 'COVID-19-vrij verklaren' en hervatten van de werkzaamheden aangescherpt op basis van de laatste onderzoeken, zoals ook verder in deze (Lab)Inf@ct te lezen is.

Een zorgmedewerker met symptomen van COVID-19 (hoesten en/of neusverkouden en/of koorts) die directe zorg verleent aan een patiënt/cliënt, kan GETEST worden.

Totdat de testuitslag bekend is:

- Medewerkers met koorts: thuisblijven.
- Medewerkers zonder koorts: bij voorkeur thuisblijven of anders persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) gebruiken zodat de medewerker de patiënt/cliënt niet besmet. Volg hierin de richtlijnen van de beroepsgroep.

Als de testuitslag bekend is:

- Indien de test negatief is: aan het werk met algemene hygiënemaatregelen.
- Indien de test positief is: thuisblijven en uitzieken tot minstens 7 dagen na het ontstaan de klachten EN minstens een dag nadat alle klachten volledig verdwenen zijn.*

** Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.*

Paramedici met direct patiëntencontact en symptomen van COVID-19 kunnen vanaf nu getest worden. Paramedici, met name de fysiotherapeuten, als zijnde zorg-contactberoep, gaan hun zorg opstarten om de noodzakelijk zorg, ook voor (ex-)COVID-19-patiënten, te geven. Recent is door de beroepsgroep een richtlijn gepubliceerd waarin testbeleid en PBM staan beschreven als voorwaarden voor de opschaling.

Testbeleid in het kader van de transitiestrategie

Eerder is al gemeld dat het OMT van 20 april adviseerde om beroepsgroepen die betrokken zijn bij de versoepelde maatregelen gericht te monitoren om eventuele effecten van de gewijzigde maatregelen op mate van SARS-CoV-2-transmissie vroeg te detecteren. Dit testbeleid is in het kader van de herstart van het basisonderwijs en de kinderopvang aangevuld (zie Uitgangspunten voor het testen van personen behorende bij het versoepelen van de

maatregelen) met:

Kinderen van 0 t/m 12 jaar (in overleg met ouder/verzorgende) in het (speciaal) basisonderwijs en kinderen die opgevangen worden op een (medisch) kinderdagverblijf of de buitenschoolse opvang **wanneer er sprake is van een ongewoon aantal kinderen met klachten van COVID-19 (3 of meer kinderen) in een groep (Artikel 26)***.

Een persoon met klachten moet vanaf het moment dat de klachten ontstaan totdat de testuitslag bekend is, thuisblijven.

- Indien de test negatief is: naar school/kinderopvang met algemene hygiënemaatregelen.
- Indien de test positief is: thuisblijven en uitzieken tot minstens 7 dagen na het ontstaan de klachten EN minstens een dag nadat alle klachten volledig verdwenen zijn.*

** Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.*

NB Personen die ernstige klachten hebben (hoge koorts en/of benauwdheid) of vanwege andere (ernstige) aandoeningen tot de risicogroep behoren nemen zoals gebruikelijk bij (ernstige) ziekte zelf contact op met hun huisarts of specialist voor diagnostiek en behandeling. Dit staat los van het testbeleid in het kader van de herstart van de scholen en de kinderopvang.

De regie voor het testen ligt bij de GGD in de regio. Meer informatie vindt u de op website van GGD GHOR Nederland.

Op dit moment wordt verder uitgezocht of speeksel voor virusdetectie gebruikt kan worden en welke speekselafnamesystemen gebruikt kunnen worden en beschikbaar zijn voor het testen van jonge kinderen.

Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 herzien

Het protocol bron- en contactonderzoek, onderdeel van de LCI-richtlijn COVID-19, is per vandaag 6 mei aangepast. Het doel van bron- en contactonderzoek is om contacten te identificeren, hen te informeren over de blootstelling en het risico op besmetting, en hen te wijzen op maatregelen die genomen moeten worden om verdere verspreiding van COVID-19 te voorkomen.

Nu we overgaan naar de transitiefase en maatregelen stapsgewijs worden losgelaten, is uitbreiding van bron- en contactonderzoek essentieel om verspreiding van SARS-CoV-2 te beperken. Het protocol bron- en contactonderzoek is daarom aangescherpt en gewijzigd. Onderstaande zal zo snel mogelijk terug te vinden zijn in de LCI-richtlijn COVID-19.

Bron- en contactonderzoek wordt gestart binnen 24 uur na melding. Snelheid is belangrijk in de COVID-19-bestrijding vanwege de korte incubatieperiode en vroege besmettelijkheid. De definitie van de besmettelijke periode is aangepast, namelijk vanaf 2 dagen voor het begin van

de klachten van de indexpatiënt.

De contacten zijn anders ingedeeld, namelijk in:
1) huisgenoten;
2) overige nauwe contacten (contact > 15 minuten op < 1,5 meter afstand, of kortdurend hoogrisicoblootstelling op < 1,5 meter afstand);
3) overige (niet nauwe) contacten (contact > 15 minuten op > 1,5 meter afstand).

Het beleid voor de 3 categorieën is aangescherpt, namelijk strikte quarantaine voor huisgenoten (mondeling toegelicht door de GGD) en een dringend thuisblijfadvies voor 'overige nauwe contacten' (schriftelijk geïnformeerd door de GGD). De overige contacten kunnen ook door de index of de instelling op de hoogte gebracht worden van het risico en te nemen acties. Voor alle 3 categorieën gelden de algemene hygiëneadviezen, het advies om alert te zijn op klachten (hoesten of neusverkoudheid of koorts) en direct contact op te nemen met de GGD als klachten ontstaan. Als deze klachten passen bij COVID-19 dan wordt direct getest op het SARS-CoV-2-virus.

Het protocol wordt momenteel uitgewerkt met voorbeelden en voorbeeldbrieven voor de 3 soorten contacten en deze worden later deze week aan GGD'en beschikbaar gesteld. GGD GHOR Nederland heeft een stuurgroep BCO ingericht, die zicht richt op opschaling en (digitale) verbetermogelijkheden voor BCO.

Gevoeligheid van de PCR voor SARS-CoV-2-detectie en afnametechnieken

De SARS-CoV-2-PCR is de meest gevoelige methode voor diagnostiek in de acute fase van infectie. Echter het verkrijgen van een correcte uitslag van een PCR op het SARS-CoV-2 hangt af van meerdere beïnvloedbare factoren. Een van deze factoren is de kwaliteit van de monsterafname, reden om er in deze (Lab)Inf@ct aandacht aan te besteden. Vankrunkelsven en collega's schreven hier recent in het Belgisch Tijdschrift van Geneeskunde een artikel over.

De gevoeligheid of sensitiviteit van de PCR kan je bekijken als technische (ook wel analytische) sensitiviteit en klinische sensitiviteit. De technische sensitiviteit kijkt naar wat de kleinste hoeveelheid viraal RNA is die gedetecteerd kan worden. Technisch gezien zijn de in Nederland gebruikte PCR-testen in staat om zeer kleine, klinisch relevante hoeveelheden viraal RNA aan te tonen en de labs die deze techniek toepassen hebben dit ook met behulp van de testpanels van RIVM-IDS laten zien.

Voor de klinische sensitiviteit van de PCR, het aantonen met PCR van wie de ziekte heeft en wie niet, spelen er ook nog andere factoren een rol, zoals het moment van monstername ten opzichte van de start en de ernst van de symptomen, het soort patiëntmateriaal (bijv. neus- en/of keelmonster, of dieper uit de luchtwegen, zoals sputum of BAL), de juiste afnametechniek, het soort wattenstok en transport medium en bewaar- en transportcondities. Ook individuele verschillen in de plaats en kinetiek van virusreplicatie en de hoeveelheid virusuitscheiding spelen

een rol. Een beïnvloedbare factor is de kwaliteit van monsterafname waarbij er een behoorlijk verschil kan zitten tussen verschillende bemonsteraars. Een (gecombineerde) nasofarynx (neus) en orofarynx (keel) wattenstok heeft de hoogste klinische sensitiviteit in de eerste week na begin van symptomen van COVID-19. Daarbij dient een keeluitstrijk afgenomen te worden van de achterwand van de keel waar het virus vermenigvuldigt; dat is beter dan van de farynxbogen of tonsillen die voor bacteriële keelinfectie de betere plaats zijn voor bemonstering. Instructies inclusief video vindt u op de LCI-website. Later in de infectie is monsterafname dieper uit de luchtwegen (zoals sputum of BAL) gevoeliger, omdat de plaats van virusvermenigvuldiging zich verplaatst kan hebben van de bovenste naar de onderste luchtwegen.

Besmettelijkheid, einde isolatie en werkhervatting na COVID-19

Naar aanleiding van nieuwe inzichten over virale load en besmettelijkheid is het beleid rond het opheffen van isolatie rond een patiënt met COVID-19 aangescherpt voor buiten het ziekenhuis. Deze is te vinden in de LCI-richtlijn. Dit heeft ook consequenties voor de werkhervatting door zorgmedewerkers met een bevestigde COVID-19-infectie. Zij dienen tot ten minste 7 dagen na de start van de symptomen thuis te blijven. Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.

De FMS-expertisegroep infectiepreventie heeft voor patiënten en medewerkers in het ziekenhuis een leidraad gepubliceerd voor het uit isolatie halen van een patiënt. Deze leidraad is meegenomen in de LCI-richtlijn en is hiermee ook in overeenstemming. Beide richtlijnen zijn bekend bij Verenso en zullen in overleg met hen aanleiding zijn om de Verenso-richtlijnen ook aan te passen.

In voorbereiding

- Aanvulling op de paragraaf Bron- en contactopsporing in de LCI-richtlijn COVID-19. Er zijn verschillende werkgroepen gestart om dit verder vorm te geven, rekening houdend met grotere aantallen patiënten en contacten en eventueel gebruik van een app.
- Arbo-kader voor herstart contactberoepen.
- Mogelijkheid gebruik van speeksel (verzameld met o.a. sponsje op stok) voor het testen van jonge kinderen.

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.
- **RIVM-LCI:** tel. 030- (10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **RIVM dd. viroloog**: tel. 030 (10)(2e) ook buiten kantooruren bereikbaar)

- **Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience**: tel. 010-7033431 (buiten kantooruren: 010-7040704)

Meer informatie

- ECDC
- WHO en Dagelijkse WHO situation reports
- RIVM (algemene informatie)
- LCI-richtlijn COVID-19
- Rijksoverheid

Auteurs: (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Gelderland Midden/RAC), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Hollands Noorden/RAC), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Erasmus MC), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb/RIVM)

Bericht verstuurd aan: (10)(2e)

288041

via https://www.rivm.nl/abonneren.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

De LCI is op werkdagen bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur via (10)(2e)@rivm.nl.

Service

U ontvangt deze e-mail op het mailadres (10)(2e) @rivm.nl,

omdat u hebt aangegeven e-mailberichten te willen ontvangen.

Aanmelden | Wijzig voorkeuren | Direct afmelden

To: (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: Jonge, H.M. de (Hugo)
Sent: Thur 5/14/2020 6:21:15 AM
Subject: FW:
Received: Thur 5/14/2020 6:21:16 AM
2020 05 14 Controlestrategie.docx

Ha (10)(2e)

Dank voor je goede zwoegen. Maar to be honest: er echt nog niet. Zie bijgaand mijn opmerkingen bij het verhaal. Ik ga mn agenda omgooien, wil om half 10 de teken en schrijfclub aan tafel, zodat er iets kan liggen in het torentje.
1. Nieuwe tekst
2. Aangepast dashboard
3. Toch die praatplaat omdat ik niet zeker ben of de nieuwe tekst goed genoeg gaat zijn. Praatplaat kan gewoon samenstelling zijn van faseringsplaatje, dashboard, regionaal dashboard, nctv-kleuren, kapstokbegrippen maximaal controleren, doelen beschermen kwetsbaren en voorkomen dat de zorg overbelast raakt, etx)

Grt, Hugo

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: H.M. de Jonge < (10)(2e) @icloud.com>
Datum: donderdag 14 mei 2020 8:13 AM
Aan: Jonge, H.M. de (Hugo) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp:

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 6/7/2020 11:02:29 AM
Subject: RE: surveillance info via bedrijven die allerlei data bijhouden?
Received: Sun 6/7/2020 11:02:29 AM

Mooi!

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zondag 7 juni 2020 12:52
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: surveillance info via bedrijven die allerlei data bijhouden?

Hoi,

dan kunnen we wellicht meteen ook het arbobedrif waar ik van de week met (10)(2e) contact overhad meenemen. Zijn hebben zelf een Abbott staan (grote arbodienst) en willen zsm beginnen en data met ons delen, ook geintereseerd om er een vragenlijst mee af te nemen.

Heb ik contact over met (10)(2e)

gr (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sunday, 7 June 2020 12:47
To: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Subject: RE: surveillance info via bedrijven die allerlei data bijhouden?

Hoi,

Ziekteverzuimgegevens leken ons ook nuttig (10)(2e) gaat een afspraak inplannen met een groot bedrijf dat ziekteverzuimgegevens van een groot aantal werknemers in verschillende branches, en deze data lijkt te willen delen.

Groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zondag 17 mei 2020 11:03
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: surveillance info via bedrijven die allerlei data bijhouden?

Beste beiden,

Zie hieronder een opmerking van (10)(2e) mbt een mogelijke extra bron van info voor surveillance.

Graag jullie mening,

Hartelijke groeten (10)(2e)

From: (10)(2e) >
Sent: zondag 17 mei 2020 10:58
To: (10)(2e) @minvws.nl; (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) @minvws.nl) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) @lumc.nl) < (10)(2e) @lumc.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject:

Ter overweging TF Diagnostiek

= veel bedrijven hebben protocollen ter voorkoming covid

= veel houden bij wie er werkt, niet werkt, ziek is, getest, niet getest, temperatuur, etc.

= vraag is of dat soort data (zit ook nog privacy ding in) kunnen helpen bij onze surveillance onderzoeken

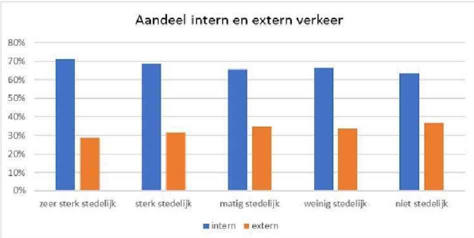
Ter jullier overweging

(10)(2e)

Bijlage Cijfers stedelijke mobiliteit
Bron: CBS, ODIN 2018 / Nederlands Verplaatsingspanel (NVP), maart-mei 2020

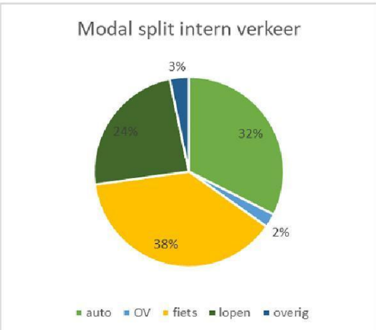
Deel A: Intern en extern verkeer

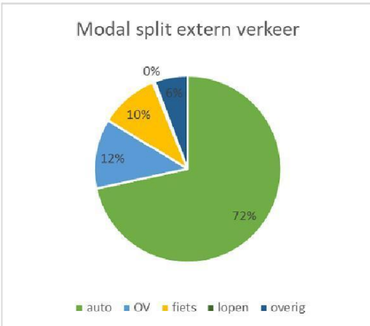
1. Dagelijks worden ongeveer 50 mln. verplaatsingen gemaakt. Twee derde (68%) van alle verplaatsingen is intern verkeer (=herkomst en bestemming in dezelfde gemeente). Dagelijks gaat het om ongeveer 33 mln. interne verplaatsingen en 17 mln. externe verplaatsingen (=tussen twee gemeenten). In zeer sterk stedelijke gebieden is het aandeel interne verplaatsingen hoger (71%) dan in niet stedelijke gebieden (63%).



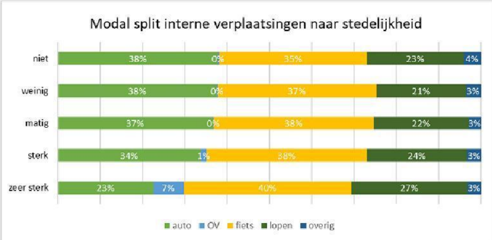


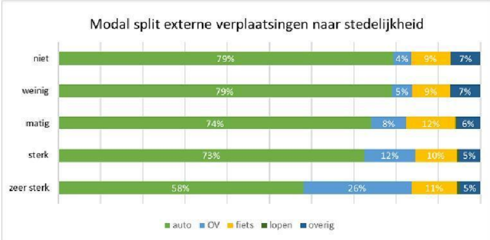
2. Van alle interne verplaatsingen gaat 32% met de auto, 2% met het OV, 38% met de fiets, 24% te voet. Voor extern verkeer geldt dat het merendeel van de verplaatsingen met de auto gaat (72%). Fietsen heeft een aandeel van 10%, terwijl lopen niet voorkomt.





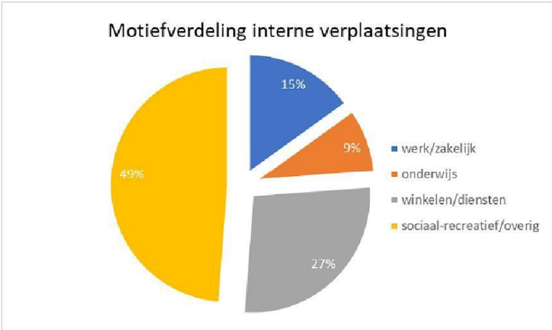
3. De modal split van zowel het interne als het externe verkeer verschilt naar stedelijkheidsgraad. In de zeer sterk stedelijke gebieden heeft het OV zowel voor interne als externe verplaatsingen een relatief hoog aandeel. In de minder sterk stedelijke gebieden heeft de auto een relatief hoger aandeel: 38% voor interne verplaatsingen en 79% voor externe verplaatsingen. Fietsen en lopen verschilt niet heel sterk naar stedelijkheidsgraad. In de sterk stedelijke gebieden wordt voor interne verplaatsingen iets vaker gefietst of gewandeld.



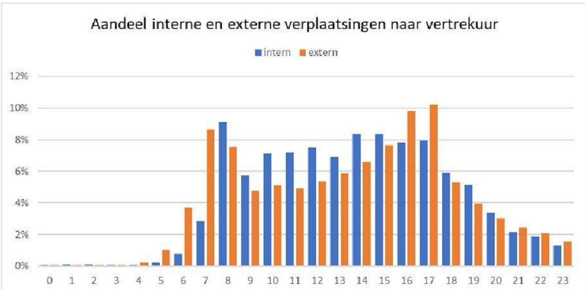


4. Het merendeel van de interne verplaatsingen heeft een verplaatsingsafstand van minder dan 7,5 kilometer (90%). Voor externe verplaatsingen is het aandeel korte verplaatsingen 18%.

5. Van alle interne verplaatsingen is 15% werk gerelateerd (woon-werk of zakelijk). Bijna de helft van alle interne verplaatsingen heeft een sociaal-recreatief of overig motief (49%) en ruim een kwart onderwijs (27%). Externe verplaatsingen zijn veel vaker werk gerelateerd (39%).

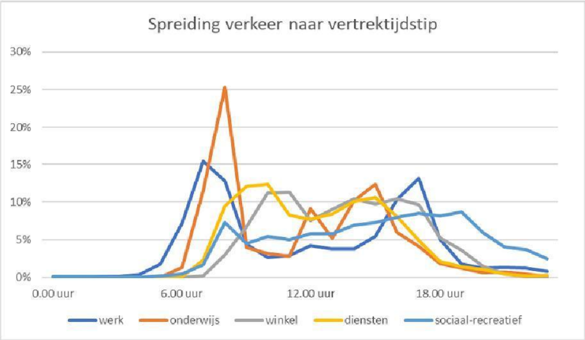


6. Niet alle verplaatsingen vinden op hetzelfde moment plaats. De meeste interne verplaatsingen vinden plaats tussen 8 en 9 uur in de ochtend (9%). De meeste externe verplaatsingen vinden plaats tussen 7 en 9 uur ochtend en tussen 16 en 18 uur in de avond.

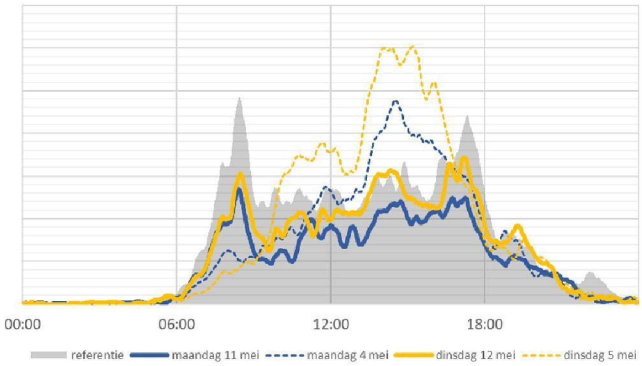


Het merendeel van de verplaatsingen met bestemming werk of onderwijs vindt plaats tussen 7.00 en 9.00 uur 's ochtends. Verplaatsingen met motief 'diensten' (waaronder persoonlijke

verzorging zoals kapper, huisarts, tandarts) vinden het meest plaats tussen de ochtend- en avondspits. Dat geldt ook voor winkelen en boodschappen doen, met het verschil dat ook nog relatief veel winkel verplaatsingen tussen 17.00-18.00 uur plaatsvinden. Het aandeel sociaal-recreatieve verplaatsingen is redelijk gespreid, maar neemt gedurende de dag wel toe, waarbij een kwart van de verplaatsingen tussen 17.00-20.00 uur plaats vindt.

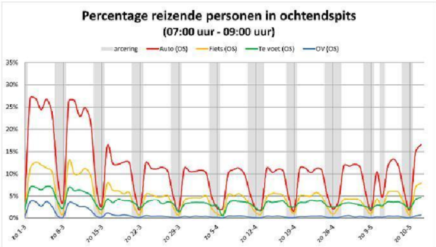


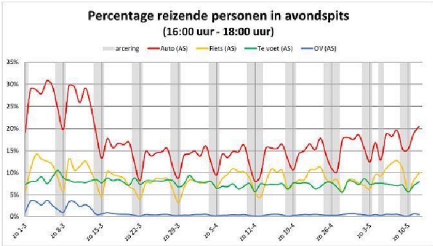
Zoals in onderstaande grafiek te zien is, zien we in de spreiding van het fietsverkeer over de dag op maandag en dinsdag de piekmomenten weer langzaam terugkomen. Dit is mede een gevolg van de gedeeltelijke heropening van de basisscholen en het weer op gang komen van het woon-werkverkeer. De "rondjes om" per fiets, die vooral in de namiddag plaatsvonden zullen langzaam weer verdwijnen.



Kijken we naar het aantal reizende personen in de ochtend- en avondspits dan zien we ook hier de afgelopen weken een stijging van het aantal mensen dat onderweg is. Het aantal mensen dat onderweg is met de auto in de spis zit nog niet op het niveau van begin maart, maar er is de

afgelopen weken wel een duidelijke toename zichtbaar. Hetzelfde geldt voor het aandeel fietsers, dat bijna weer op het niveau van begin maart zit.





Deel B: Impact afschalingsscenario's op capaciteit fietsnetwerk

Bovenstaande cijfers geven inzicht in het aantal interne en externe verplaatsingen die in 2018 gemaakt werden, met welk vervoermiddelen voor welke motieven en op welke tijdstippen, uitgesplitst naar stedelijkheidsgraad.

Op basis van deze cijfers en enkele aannames is per stedelijkheidsgraad een inschatting gemaakt van het aantal extra verplaatsingen per modaliteit in de verschillende afschalingsscenario's en wat dit betekent voor de capaciteit van het fietsnetwerk. Uitgangspunten voor de versoepeling van de maatregelen per 11 mei is dat interne verplaatsingen met een afstand korter dan 7,5 kilometer zoveel mogelijk per fiets of lopend worden gedaan, dat 25% van het OV beschikbaar is en het OV alleen voor werk gerelateerde verplaatsingen (vitale beroepen) gebruikt mag worden. Uitgangspunten voor de versoepeling van de maatregelen per 1 juni is dat nog steeds zoveel mogelijk korte verplaatsingen per fiets of lopend worden gedaan, dat 40% van het OV beschikbaar is, het OV alleen gebruikt wordt indien het echt niet anders kan en mensen zoveel mogelijk buiten de spits reizen.

In 2018 werden ongeveer 13 miljoen fietsverplaatsingen gemaakt per dag, op doordeweekse dagen waren dit er dagelijks 15 mln. Van deze 15 mln. had 26% het motief onderwijs of halen/brengen personen. Het drukste moment op een gemiddelde werkdag was in 2018 tussen 8 en 9 uur 's ochtends met bijna 2 mln fietsverplaatsingen (13%). Dit drukste moment hanteren we als maatgevend voor de capaciteit van het fietsnetwerk.

Onderwijsverplaatsingen, en daarmee ook het halen/brengen van personen, zijn sinds de coronamaatregelen vrijwel helemaal stilgevallen. Het overige fietsgebruik is ongeveer gehalveerd. Op een gemiddelde werkdag worden nu nog ongeveer 5,6 mln fietsverplaatsingen gemaakt, en tussen 8 en 9 uur 400 duizend.

Scenario 1: heropening basisscholen + kinderopvang + sport t/m 12 jaar

Aannames:

- alle leerlingen wonen op minder dan 7,5 km van bestemming
- leerlingen gaan gemiddeld 2 dagen per week naar school
- alle verplaatsingen zijn interne verplaatsingen
- pre-corona: 25% lopen, 50% fiets, 25% auto
- na heropening: 30% lopen, 60% fiets, 10% auto
- leerlingen gaan helft van de tijd naar school

Als de basisscholen en kinderopvang weer gedeeltelijk opengaan en leerlingen gemiddeld 2 dagen in de week naar school gaan, leidt dat in de ochtendspits tot ongeveer 0,7 miljoen extra fietsverplaatsingen. Vanaf 11 mei zijn er dan 0,7 + 0,4 = 1,1 mln. fietsverplaatsingen op doordeweekse dagen in de ochtendspits. We veronderstellen dat elk fietser 1,5x zoveel ruimte inneemt agv de 1,5 meter samenleving[1]. Fysiek gaat het dus om 1,1*1,5=1,7 mln. fietsverplaatsingen. Dit is 86% van het fietsgebruik voor COVID-19. Verplaatsingen van en naar sportverenigingen vinden niet in de ochtendspits plaats, dus zijn hierin niet meegenomen.

Omdat het merendeel van de werkzame beroepsbevolking nog steeds thuis werkt, verwachten we binnen dit scenario geen fietsinfra knelpunten op het drukste moment van de dag. Maatregelen zijn dan ook voornamelijk gericht op het haal- en brenggedrag van de ouders en hoe gemeenten, scholen en sportverenigingen hiermee om moeten gaan (communicatie).

[1] Dit is een eerste aanname. Op basis van de landelijke en stedelijke monitoring van de mobiliteitsontwikkelingen en het reisgedrag in de 1,5 meter samenleving proberen we hier op korte termijn een zo betrouwbaar mogelijke inschatting voor te leveren

Scenario 2: heropening voortgezet onderwijs, inclusief versoepeling maatregelen horeca en culturele instellingen

We verwachten in dit scenario het grootste effect van de openstelling van het voortgezet onderwijs. Ook voor het voortgezet onderwijs geldt dat er een piekmoment is van verplaatsingen in de ochtendspits. Omdat voor horeca en culturele instellingen een maximum van 30 bezoekers geldt en het verkeer naar deze bestemmingen veel meer over de dag verspreid is, verwachten we hier (nog) geen extra knelpunten.

In dit scenario is het belangrijk onderscheid te maken naar type stedelijk gebied. In de (zeer) sterk stedelijke gebieden wordt vaker gebruik gemaakt van het OV door leerlingen van het voortgezet onderwijs. Deels omdat ze op grotere afstanden wonen, deels doordat het aanbod OV in sterk stedelijk gebied groter is (denk aan BTM).

Op doordeweekse dagen werden in 2018 ongeveer 2 mln. verplaatsingen gemaakt met het motief onderwijs door 12-17 jarigen, tussen 8 en 9 uur betrof het ruim 400 duizend verplaatsingen. Hier zitten ook deels MBO-leerlingen tussen. De verdeling van deze onderwijsverplaatsingen tussen 8 en 9 uur naar stedelijkheidsklasse (op basis van aankomstgemeente) en vervoermiddel is:

pre-corona:

	aandeel	abs. (x1000)	auto	OV	Fiets	lopen	overig	abs. fiets (x1000)
zeer sterk	26%	116	3%	37%	52%	6%	2%	61
Sterk	31%	140	4%	24%	67%	4%	2%	93
matig	17%	78	5%	21%	69%	3%	3%	54
weinig	20%	90	5%	23%	68%	2%	2%	61
niet	7%	30	4%	24%	66%	4%	3%	20

aannames heropening voortgezet onderwijs

- na heropening: verdubbeling auto gebruik (leerlingen worden vaker gebracht door ouders), lichte toename lopen, en overige OV-gebruikers stappen over naar de fiets of maken gebruik van vervangend vervoer, i.e. inzet touringcars
- we gaan er dus van uit dat leerlingen van het voortgezet onderwijs dus helemaal geen gebruik meer maken van het OV
- leerlingen gaan alle dagen weer naar school
- 85% betreft voortgezet onderwijs, 15% MBO

	aandeel	abs. (x1000)	Auto	OV	Fiets	lopen	overig	abs. fiets (x1000)
zeer sterk	26%	116	6%	0%	83%	8%	2%	96
sterk	31%	140	8%	0%	86%	5%	2%	120
matig	17%	78	10%	0%	84%	4%	3%	65
weinig	20%	90	10%	0%	85%	3%	2%	76
niet	7%	30	8%	0%	85%	5%	3%	25

In totaal komen er door de opening van het voortgezet onderwijs op een gemiddelde werkdag tussen 8 en 9 uur ongeveer 0,3 mln fietsverplaatsingen bij. Ook hier gaan we er voorlopig vanuit dat elke fietser 1,5x zoveel ruimte in beslag neemt. Samen met scenario 1 maakt dit 1,4 mln. extra fietsverplaatsingen tussen 8 en 9 uur 's ochtends.

Naast de heropening van het voortgezet onderwijs, kunnen we ervan uitgaan dat het reguliere fietsgebruik ook weer langzaam toeneemt. Dit zien we al terug in de toename van het aantal fietsverplaatsingen in de spitsperioden. Stel dat het reguliere fietsgebruik stijgt naar 70% van het totaal in het pre-corona tijdperk, dan wordt het aantal fietsverplaatsingen tussen 8 en 9 uur 's ochtends:
- 1,4 mln onderwijs fietsverplaatsingen
- 0,6 mln overige fietsverplaatsingen
- 2 x 1,5 = 3 mln. fysieke fietsverplaatsingen

Dit zijn ruim 50% meer (fysieke) fietsverplaatsingen, in vergelijking tot het pre-corona fietsgebruik. Dat betekent dat de druk op het fietsnetwerk na heropeningen van het voortgezet onderwijs met name in de ochtendspits tussen 8 en 9 uur erg hoog zal zijn en aanvullende maatregelen nodig zijn, zoals het creëren van extra ruimte voor de fietsers of het spreiden van onderwijs- en openingstijden.

288054

Effecten van maatregelen op Openbaar Vervoer

0. **Algemeen**	Het huidige OV gebruik is circa 20% van het reguliere gebruik. Vervoerders constateren een toename in gebruik. Vervoerders hebben op meerdere plekken versterkingsritten moeten uitvoeren. Vervoerders geven aan op meerdere plekken voertuigen stil te zetten zodat passagiers kunnen uitstappen om op aantallen te komen die voldoen aan de norm. In een aantal gevallen is het voertuig ontruimd. Er blijft een grote noodzaak om de druk op het OV te beperken. Bij verdere toename van afschaling zal ook he vraagstuk handhaving toenemen. Onderstaande tabel geeft een beeld van het effect van de sectoren op het OV. Deze inschatting is gemaakt op eerste landelijke cijfers en zal met name in stedelijke gebieden met hoog OV gebruik leiden tot knelpunten en incidenten.
1. **Terrassen,** cafés, restaurants, bioscopen en theaters	De impact van horeca op het landelijk OV gebruik is beperkt (circa 5% - 7%). Echter, de opening van deze sectoren zal vooral in steden (waar het OV gebruik gemiddeld hoog is) **tot knelpunten leiden** in het BTM vervoer. Ook enkele treinen naar populaire bestemmingen zullen naar verwachting overbelast raken (voorbeeld Zandvoort 9 mei) Het gedrag van reizigers is moeilijk in te schatten omdat in de samenleving een grote behoefte bestaat om te recreëren en zich daarvoor te verplaatsen. De toename van reserveringen bij restaurants en de grote vraag bij kappers zijn een signaal dat de samenleving na openstelling weer gebruik wil maken van diensten die voorheen gesloten waren. Essentieel om goede afspraken te maken over beperken van toestroom, spreiding en communicatie. Lastig is hierbij hoe dit te instrumenteren. Hierover gesprek voeren met Koninklijke Horeca Nederland en EZK.
2. **Culturele** instellingen en musea	De impact van culturele instelling op het OV gebruik landelijk is beperkt (circa 2%). De verwachting is dat de capaciteit van musea beperkt is en gewerkt zal worden met een reserveringssysteem waardoor de toestroom naar deze locaties beperkt zal blijven. Steden met hoge dichtheden van musea/culturele instellingen zullen op lokaal niveau knelpunten kunnen ervaren. Essentieel om goede afspraken te maken over beperken van toestroom, spreiding en communicatie.
3. **Voortgezet** onderwijs (VO)	Het voortgezet onderwijs heeft voornamelijk een effect op bus, tram en metrovervoer. Landelijk gezien is dit circa 6%-7% van het dagelijks aantal reizen. Op specifieke lijnen zal de opening van het voorgezet onderwijs de druk op het OV verhogen. Met het VO zijn afspraken gemaakt om het OV gebruik te beperken: - Beperkte groepsgrootte in scholen (circa 25%) - <8 KM geen gebruik van OV - >8 KM in overleg met vervoerders afspraken over georganiseerd vervoer Instellingen maken met vervoerders afspraken over het gebruik van de inzet van maatwerk; dit kan ook beperkt gebruik van OV zijn. Er wordt gewerkt aan een handleiding voor scholen om afspraken tussen

	instellingen en vervoerders soepel te laten verlopen Met bovenstaande afspraken is het de verwachting dat de opening van het VO **haalbaar** is voor het Openbaar Vervoer.

Effecten van maatregelen op Stedelijke mobiliteit

- Binnen een gemeente verplaatsen mensen zich vooral met de auto, met de fiets of lopend. In de zeer stedelijke gebieden heeft het OV een aandeel van ongeveer 7%. Voor verplaatsingen tussen gemeenten wordt veel meer gebruik gemaakt van de auto en het OV. Dit hangt nauw samen met de langere verplaatsingsafstanden.
- Door COVID-19 is de vraag naar mobiliteit sterk gedaald, hoewel we de laatste weken het verkeer op zowel het hoofdwegennet als in stedelijke gebieden weer zien toenemen. In vergelijking tot begin maart is het autoverkeer nu 29% lager (was 41%), en het gebruik van het OV is met 83% gedaald (was 86%). Het aantal fiets- en loopverplaatsingen per dag zit bijna weer op hetzelfde niveau als begint maart, maar door de 1,5 meter maatregel is de druk op het fietsnetwerk groter.
- Toch zien we een duidelijke verschuiving in reismotieven. Waar aan het begin van COVID-19 de fiets vooral gebruikt werd voor een 'rondje om', zien we de afgelopen twee weken steeds meer fietsverplaatsingen naar winkel bestemmingen, en sinds begin deze week meer fietsverplaatsingen naar kantoor en de zorg (ziekenhuizen, huisarts, tandarts, etc). Dit is een duidelijk effect van de gedeeltelijke heropening van de basisscholen en (mede daardoor) het weer op gang komen van het woon-werk verkeer.
- Ook nu een verdere versoepeling van een aantal maatregelen is aangekondigd blijft de boodschap: werk zoveel mogelijk thuis, mijd drukte (tijdstippen, bestemmingen, routes), reis zoveel mogelijk te voet of te fiets, houd 1,5 meter afstand. De meeste mensen houden zich hieraan.
- Per 1 juni mag het voortgezet onderwijs weer van start. Ook vanaf deze datum mogen horeca, terrassen, bioscopen en musea weer open, met als voorwaarde maximaal 30 bezoekers. Per 1 juli wordt dit waarschijnlijk verruimd naar maximaal 100 bezoekers.
- Per 1 juni gaat ook het OV weer rijden volgens de normale dienstregeling, waarbij zo'n 40% beschikbaar zal zijn voor reizigers. De boodschap blijft nog steeds: reis niet met het OV als het niet hoeft, en als je reist, reis dan zoveel mogelijk buiten de spits en mondkapjes worden verplicht.
- Wanneer deze maatregelen per 1 juni ingaan, neemt de druk op het stedelijke wegennet verder toe. Het aantal voertuig- en fietskilometers zal naar verwachting verder stijgen. De eerste resultaten van verschillende onderzoeken naar de impact van COVID-19 op de vervoermiddelkeuze laten zien dat er een verschuiving van collectief vervoer (OV) naar individueel vervoer (auto, fiets en lopen) is te verwachten.
- Op dit moment worden verschillende scenario's doorgerekend om inzicht te krijgen in de effecten op de hoeveelheid autoverkeer op het hoofdwegennet en het stedelijke netwerk. We verwachten dat de druk op het fietsnetwerk op het drukste moment in de ochtendspits toeneemt met ongeveer 50%. Dit is gebaseerd op de aanname dat een fietser nu 1,5 keer zoveel ruimte in moet nemen vanwege de 1,5 meter maatregel.
- Horeca en culturele instellingen zullen vooral extra verkeer aantrekken na de ochtendspits. Vooral daar waar verschillende bestemmingen samenkomen, bijvoorbeeld in de binnensteden waar winkelen en uitgaan vaak samen gaan, leidt dit tot extra druk op de openbare ruimte. Omdat het nu nog om kleine aantallen gaat (maximaal 30 bezoekers) en de verplaatsingen veel meer gespreid zijn over de dag, verwachten we hier (nog) geen extra knelpunten.
- Aanvullende maatregelen zoals het spreiden van onderwijs- en openingstijden van culturele instellingen of het creëren van extra ruimte voor de fiets en voetganger blijven nodig. Zeker als per 1 juli het maximum aantal bezoekers wordt verhoogd naar 100. Uiteraard vraagt dit lokaal om specifieke maatregelen. Naast onze wekelijkse monitoring van de mobiliteit op landelijke niveau, gaan we ook de impact van de versoepeling van de maatregelen op stedelijk niveau in een 6-tal voorbeeldgemeenten monitoren (zowel grote als kleine gemeenten). Daarmee brengen we onder andere ook de effecten van de versoepeling van de maatregelen voor horeca en culturele instellingen in kaart. Op basis van deze monitoring wordt gekeken of het nodig is om verdere aanvullende afspraken te maken en maatregelen te nemen.

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Tue 5/12/2020 4:23:49 PM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (42)
Received: Tue 5/12/2020 4:24:34 PM

Bekijk online

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (42)

12 mei 2020

Dit is een gecombineerd (10)(2e)@ (10)(2e) @ctbericht.

In dit bericht:

- Handreiking langdurig neusverkouden kinderen
- Veilig werken in contactberoepen
- Niet-medische mondmaskers in het openbaar vervoer
- In voorbereiding

Bericht:

Handreiking langdurig neusverkouden kinderen

Met de heropening van de basisscholen en kinderopvang komen er veel vragen over de toelating van kinderen die langdurig verkoudheidsklachten hebben. Daarom is als bijlage bij de LCI-richtlijn een Handreiking bij langdurig neusverkouden kinderen opgenomen.

Daarnaast is op de RIVM-website achtergrondinformatie opgenomen over kinderen en COVID-19 die u kunt gebruiken als u vragen krijgt over de heropening van de scholen. Ook is er op deze webpagina een aantal veelgestelde vragen opgenomen. Tot slot heeft ECDC op haar website een tabel geplaatst met de meest voorkomende symptomen bij verkoudheid, hooikoorts en COVID-19, zie opsommingspunt 9 onder paragraaf Medical information, en is er op de RIVM-website een filmpje over de verschillen en overeenkomsten tussen hooikoorts en COVID-19.

Veilig werken in contactberoepen

Sinds 11 mei is het uitoefenen van de meeste contactberoepen weer mogelijk. Met een goede gezondheidscheck voor zowel medewerkers als cliënten en het consequent naleven van de algemene hygiëne-adviezen - naast de reeds bestaande protocollen binnen de verschillende beroepsgroepen - is het in principe niet nodig om persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken. Op de RIVM-website zijn algemene adviezen opgenomen over Veilig werken in contactberoepen. Het afwegingskader, waarop deze algemene adviezen gebaseerd zijn, is via een (10)(2e) @ctbericht verspreid onder de arbo-professionals. De diverse brancheverenigingen hebben de algemene adviezen vertaald naar branchespecifieke protocollen.

Niet-medische mondmaskers in het openbaar vervoer

Het kabinet heeft het dragen van niet-medische mondmaskers in het openbaar vervoer vanaf 1 juni verplicht gesteld, zie voor meer informatie de website van de Rijksoverheid. In het achtergronddocument Afwegingen voor infectiepreventie in het openbaar vervoer is meer te lezen over de afwegingen die zijn meegenomen bij deze beslissing.

In het document Toepassing van niet-medische mondneusmaskers in de openbare ruimte is meer te lezen over de effectiviteit van het gebruik van mondneusmaskers buiten de zorg.

In voorbereiding

- Mogelijkheid gebruik van speeksel (verzameld met o.a. sponsje op stok) voor het testen van jonge kinderen
- Instructie voor GGD'en over contactmonitoring in HPZone
- Webinar voor GGD'en over bron- en contactonderzoek
- Testbeleid voortgezet onderwijs

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw

regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.
- **RIVM-LCI:** tel. 030 (10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **RIVM dd. viroloog**: tel. 030 (10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience**: tel. 010-7033431 (buiten kantooruren: 010-7040704)

Meer informatie

- ECDC
- WHO en Dagelijkse WHO situation reports
- RIVM (algemene informatie)
- LCI-richtlijn COVID-19
- Rijksoverheid

Auteurs: (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Gelderland Midden/RAC), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Hollands Noorden/RAC), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Erasmus MC), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM)

Bericht verstuurd aan: leden Labinf@ct en Inf@ct

Wilt u uw e-mailadres wijzigen of andere berichtenservices aanvragen? Dat kan via profiel bewerken. Collega's die deze berichtenservice nog niet ontvangen, kunnen deze aanvragen via https://www.rivm.nl/abonneren.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

De LCI is op werkdagen bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur via (10)(2e)@rivm.nl.

Service

U ontvangt deze e-mail op het mailadres (10)(2e) @rivm.nl,

omdat u hebt aangegeven e-mailberichten te willen ontvangen.

Aanmelden | Wijzig voorkeuren | Direct afmelden

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/27/2020 4:50:08 PM
Subject: RE: CONCEPT MAIL DGV AAN dClb-RIVM
Received: Wed 5/27/2020 4:50:08 PM
Indicator_metadata (concept 2) SvdH.docx

Hoi (10)(2e)

Dit hadden we nog niet ontvangen, ik tenminste niet. We zouden dit idealiter toevoegen aan bijgaand document opgesteld door (10)(2e) na overleg gisteren bij VWS. Hier staat overigens % positieve testuitslagen in, niet aantal (pos?) uitslagen. Dat moeten we nog verduidelijkt hebben. Ook of die in het dashboard naar leeftijd uitgesplitst zouden moeten worden of niet.
(10)(2e) volgens mij had je al concept waarden?

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 18:37
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: CONCEPT MAIL DGV AAN dClb-RIVM

Ha collega's, zie svp onderstaand. Weet niet of (10)(2e) dit al aan jullie doorgestuurd heeft dus voor de zekerheid. Groet (10)(2e)

Van: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Datum: 27 mei 2020 om 17:29:51 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: FW: CONCEPT MAIL DGV AAN dClb-RIVM

Hallo (10)(2e)

Hier is het verzoek aan (10)(2e) om de signaalwaarden te leveren. Daar zitten we met smart op te wachten.

Grt (10)(2e)

Dubbel

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/27/2020 5:04:54 PM
Subject: RE: To the NFPs and OCPs for action: Approval of manuscript from Joint Research Centre based on TESSy data
Received: Wed 5/27/2020 5:04:55 PM

Fijne heldere uitleg (10)(2e) dank je wel!

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 15:17
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: To the NFPs and OCPs for action: Approval of manuscript from Joint Research Centre based on TESSy data

Ha allemaal,
De methode voor het berekenen van R schatten ze eerst de exponentiele groeisnelheid, het is niet zo duidelijk op basis van welke gegevens (gemelde gevallen naar rapportagedatum?) en niet gerapporteerd of het model een goede fit heeft (dat kan heel slecht zijn) en of de groeisnelheid heel nauwkeurig is of niet (dat kan heel onzeker zijn). Alle groeisnelheden worden omgerekend naar reproductiegetallen (op basis van onze methoden dus dat zal vast goed gaan), en die reproductiegetallen worden geplot. Ik zou aanbevelen om ergens in een appendix de epidemische curves met de fit te laten zien, of anders goodness-of-fit of onzekerheid te rapporteren. Nu wordt de onzekerheid voor elke regio weggegooid.
Ik kan me voorstellen dat het nieuwe coronavirus erg vaak als eerste in stedelijke gebieden wordt ontdekt, zodat er daar een inhaalslag in testen wordt gemaakt om de uitbraak in kaart te brengen, en dat daar de aantallen positieve testen naar meldingsdatums het snelst toenemen. Als je wilt weten of het virus zich sneller verspreidt in stedelijke gebieden zou je beter naar ziekenhuisopnames naar eerste ziektedag kijken, en dat vergelijken met andere gebieden.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 10:28
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: To the NFPs and OCPs for action: Approval of manuscript from Joint Research Centre based on TESSy data

Hoi,

Er is nogal een korte deadline om te reageren.

Heb net er snel doorheen gekeken en geen verrassende bevindingen over leeftijd en geslachtseffecten.

Voor NL geen 'geografische analyse' gedaan naar correlatie urbanisatie en R, maar misschien toch goed om te kijken of methode een beetje hout snijdt. Zou jij daar naar willen kijken (10)(2e)? Methode staat op de allerlaatste pagina beschreven.
Urbanisatie is een van de factoren waar we met gekoppelde CBS-Osiris data naar zouden willen kijken.

groeten, (10)(2e)

From: ECDC Influenza < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>
Sent: dinsdag 26 mei 2020 17:03
To: ECDC Influenza < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) @meduniwien.ac.at' < (10)(2e) @meduniwien.ac.at>; (10)(2e) @ages.at' < (10)(2e) @ages.at>; (10)(2e) @sciensano.be' < (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @ncipd.org' < (10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @ncipd.org' < (10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @hzjz.hr' < (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @hzjz.hr' < (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @cytanet.com.cy' < (10)(2e) @cytanet.com.cy>; (10)(2e) @spidernet.com.cy' < (10)(2e) @spidernet.com.cy>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @ssi.dk' < (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk' < (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @terviseamet.ee' < (10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e)

(10)(2e) @santepubliquefrance.fr>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e) @santepubliquefrance.fr>;
(10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @keelpno.gr' < (10)(2e) @keelpno.gr>;
(10)(2e) @keelpno.gr' < (10)(2e) @keelpno.gr>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>;
(10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @landspitali.is' < (10)(2e) @landspitali.is>; (10)(2e) @landlaeknir.is'
< (10)(2e) @landlaeknir.is>; (10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>;
(10)(2e) @opbg.net' < (10)(2e) @opbg.net>; (10)(2e) @iss.it' < (10)(2e) @iss.it>;
(10)(2e) @spkc.gov.lv' < (10)(2e) @spkc.gov.lv>; (10)(2e) @spkc.gov.lv' < (10)(2e) @spkc.gov.lv>;
(10)(2e) @nvspl.lt' < (10)(2e) @nvspl.lt>; (10)(2e) @ulac.lt' < (10)(2e) @ulac.lt>;
(10)(2e) @ms.etat.lu' < (10)(2e) @ms.etat.lu>; (10)(2e) @ms.etat.lu' < (10)(2e) @ms.etat.lu>;
(10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
< (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>;
(10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>; (10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>;
(10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>;
(10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>;
(10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'
< (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se' < (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>;
(10)(2e) @meduniwien.ac.at' < (10)(2e) @meduniwien.ac.at>; (10)(2e) @ages.at' < (10)(2e) @ages.at>;
(10)(2e) @sciensano.be' < (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @sciensano.be'
< (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @sciensano.be' < (10)(2e) @sciensano.be>;
(10)(2e) @sciensano.be' < (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @wiv-isp.be' < (10)(2e) @wiv-isp.be>;
(10)(2e) @uzleuven.be' < (10)(2e) @uzleuven.be>; (10)(2e) @ncipd.org' < (10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @ncipd.org'
< (10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @hzjz.hr' < (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @hzjz.hr'
< (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @hzjz.hr' < (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @spidernet.com.cy'
< (10)(2e) @spidernet.com.cy>; (10)(2e) @mphs.moh.gov.cy' < (10)(2e) @mphs.moh.gov.cy>; (10)(2e) @szu.cz'
< (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz'
< (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>;
(10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>;
(10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @ktuo.cz' < (10)(2e) @ktuo.cz>; (10)(2e) @szu.cz'
< (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @ssi.dk' < (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk' < (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk' < (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk'
< (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk' < (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @terviseamet.ee' < (10)(2e) @terviseamet.ee>;
(10)(2e) @terviseamet.ee' < (10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @terviseamet.ee'
< (10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @terviseamet.ee' < (10)(2e) @terviseamet.ee>;
(10)(2e) @terviseamet.ee' < (10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi'
< (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>;
(10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @pasteur.fr'
< (10)(2e) @pasteur.fr>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e)
(10)(2e) @santepubliquefrance.fr>; (10)(2e) @upmc.fr' < (10)(2e) @upmc.fr>;
(10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e) @santepubliquefrance.fr>; (10)(2e) @pasteur.fr'
< (10)(2e) @pasteur.fr>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e) @santepubliquefrance.fr>;
(10)(2e) @chu-lyon.fr' < (10)(2e) @chu-lyon.fr>; (10)(2e) @upmc.fr' < (10)(2e) @upmc.fr>;
(10)(2e) @chu-lyon.fr' < (10)(2e) @chu-lyon.fr>; (10)(2e) @pasteur.fr' < (10)(2e) @pasteur.fr>;
(10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>;
(10)(2e) @keelpno.gr' < (10)(2e) @keelpno.gr>; (10)(2e) @pasteur.gr' < (10)(2e) @pasteur.gr>; (10)(2e) @med.auth.gr'
< (10)(2e) @med.auth.gr>; (10)(2e) @eody.gov.gr' < (10)(2e) @eody.gov.gr>; (10)(2e) @pasteur.gr' < (10)(2e) @pasteur.gr>;
(10)(2e) @med.auth.gr' < (10)(2e) @med.auth.gr>; (10)(2e) @eody.gov.gr' < (10)(2e) @eody.gov.gr>; (10)(2e) @pasteur.gr'
< (10)(2e) @pasteur.gr>; (10)(2e) @eody.gov.gr' < (10)(2e) @eody.gov.gr>; (10)(2e) @nnk.gov.hu'
< (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu'
< (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu'
< (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @landspitali.is'
< (10)(2e) @landspitali.is>; (10)(2e) @landspitali.is' < (10)(2e) @landspitali.is>; (10)(2e) @landlaeknir.is' < (10)(2e) @landlaeknir.is>;
(10)(2e) @ucd.ie' < (10)(2e) @ucd.ie>; (10)(2e) @ucd.ie' < (10)(2e) @ucd.ie>; (10)(2e) @ucd.ie'
< (10)(2e) @ucd.ie>; (10)(2e) @ucd.ie' < (10)(2e) @ucd.ie>; (10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>;
(10)(2e) @hpsc.ie' < (10)(2e) @hpsc.ie>; (10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @iss.it'
< (10)(2e) @iss.it>; (10)(2e) @opbg.net' < (10)(2e) @opbg.net>; (10)(2e) @spkc.gov.lv'
< (10)(2e) @spkc.gov.lv>; (10)(2e) @spkc.gov.lv' < (10)(2e) @spkc.gov.lv>; (10)(2e) @aslimnica.lv'
< (10)(2e) @aslimnica.lv>; (10)(2e) @aslimnica.lv' < (10)(2e) @aslimnica.lv>; (10)(2e) @ulac.lt'
< (10)(2e) @ulac.lt>; (10)(2e) @nvspl.lt' < (10)(2e) @nvspl.lt>; (10)(2e) @nvspl.lt'

< (10)(2e) @nvspl.lt>; (10)(2e) @nvsc.lt' < (10)(2e) @nvsc.lt>; (10)(2e) @nvspl.lt'
< (10)(2e) @nvspl.lt>; (10)(2e) @nvspl.lt' < (10)(2e) @nvspl.lt>; (10)(2e) @lns.etat.lu'
< (10)(2e) @lns.etat.lu>; (10)(2e) @lns.etat.lu' < (10)(2e) @lns.etat.lu>; (10)(2e) @lns.etat.lu'
< (10)(2e) @lns.etat.lu>; (10)(2e) @lns.etat.lu' < (10)(2e) @lns.etat.lu>; (10)(2e) @gov.mt'
< (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt'
< (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt'
< (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>;
(10)(2e) @erasmusmc.nl' < (10)(2e) @erasmusmc.nl>; (10)(2e) @nivel.nl' < (10)(2e) @nivel.nl>; (10)(2e) (10)(2e)
< (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e)
< (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @fhi.no'
< (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>;
(10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no'
< (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>;
(10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @pzh.gov.pl'
< (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @insa.min-saude.pt' < (10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) @insa.min-
saude.pt' < (10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>;
(10)(2e) @insa.min-saude.pt' < (10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) @insa.min-saude.pt'
< (10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>;
(10)(2e) @cantacuzino.ro' < (10)(2e) @cantacuzino.ro>; (10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>;
(10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>;
(10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @nlzoh.si'
< (10)(2e) @nlzoh.si>; (10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @nlzoh.si' < (10)(2e) @nlzoh.si>;
(10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>;
(10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) @clinic.cat' < (10)(2e) @clinic.cat>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>;
(10)(2e) @saludcastillayleon.es' < (10)(2e) @saludcastillayleon.es>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>;
(10)(2e) @jcyl.es' < (10)(2e) @jcyl.es>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'
< (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'
< (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>;
(10)(2e) @crick.ac.uk' < (10)(2e) @crick.ac.uk>; (10)(2e) @ggc.scot.nhs.uk' < (10)(2e) @ggc.scot.nhs.uk>;
(10)(2e) @ggc.scot.nhs.uk' < (10)(2e) @ggc.scot.nhs.uk>; (10)(2e) @nhs.net' < (10)(2e) @nhs.net>;
(10)(2e) @nhs.net' < (10)(2e) @nhs.net>; (10)(2e) @wales.nhs.uk' < (10)(2e) @wales.nhs.uk>;
(10)(2e) @hscni.net' < (10)(2e) @hscni.net>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>;
(10)(2e) @nhs.net' < (10)(2e) @nhs.net>; (10)(2e) @nhs.net' < (10)(2e) @nhs.net>;
(10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) @phe.gov.uk'
< (10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>
Cc: (10)(2e) @sozialministerium.at' < (10)(2e) @sozialministerium.at>; (10)(2e) @bmg.gv.at'
< (10)(2e) @bmg.gv.at>; (10)(2e) @sciensano.be' < (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @sciensano.be'
< (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @ncipd.org' < (10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @hzjz.hr'
< (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @hzjz.hr' < (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @cytanet.com.cy'
< (10)(2e) @cytanet.com.cy>; (10)(2e) @moh.gov.cy' < (10)(2e) @moh.gov.cy>; (10)(2e) @szu.cz'
< (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>;
(10)(2e) @sst.dk' < (10)(2e) @sst.dk>; (10)(2e) @terviseamet.ee' < (10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @thl.fi'
< (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e) @santepubliquefrance.fr>;
(10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>;
(10)(2e) @eody.gov.gr' < (10)(2e) @eody.gov.gr>; (10)(2e) @eody.gov.gr' < (10)(2e) @eody.gov.gr>;
(10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>;
(10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @landlaeknir.is' < (10)(2e) @landlaeknir.is>;
(10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @sanita.it'
< (10)(2e) @sanita.it>; (10)(2e) @spkc.gov.lv' < (10)(2e) @spkc.gov.lv>; (10)(2e) @llv.li'
< (10)(2e) @llv.li>; (10)(2e) @llv.li' < (10)(2e) @llv.li>; (10)(2e) @sam.lt' < (10)(2e) @sam.lt>;
(10)(2e) @sam.lt' < (10)(2e) @sam.lt>; (10)(2e) @ms.etat.lu' < (10)(2e) @ms.etat.lu>;
(10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
< (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>;
(10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>;
(10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>;
(10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>;
(10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @msssi.es' < (10)(2e) @msssi.es>;

(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se' < (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se' < (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se' < (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; DL_PHE_Surveillance < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; PHE Manager < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; Legal < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; Country Cooperation < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @who.int>; (10)(2e), (10)(2e) < (10)(2e) @who.int>; , < (10)(2e) @who.int>; PHE Technical Group < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; PHE Manager < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; PHE Support Group < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) @who.int' < (10)(2e) @who.int>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; ECDC Influenza < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>

Subject: To the NFPs and OCPs for action: Approval of manuscript from Joint Research Centre based on TESSy data

Dear National Focal Points for Influenza,
Dear Operational Contact Points for Influenza and COVID-19,

Cc: National Coordinators

Thank you for your comments on the manuscript from the Joint Research Centre (JRC). We passed on your comments together with additional ECDC feedback to JRC and they have now sent us an updated version for final approval (attached). The ECDC Conditions for publishing note (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/conditions-publishing-note) states that ECDC and Member State approval is required prior to publication. We would therefore like to ask whether you approve that JRC publishes this manuscript.

Since JRC would like to publish by Friday, **if you disagree with publication, please reply to this email by Thursday 28 May at 12:00 and describe your concerns.** If you agree with publication, there is no need to take any action. If you have some additional comments, please send them as soon as possible and by the deadline. Please feel free to get in touch if you have any questions.

Kind regards,

The ECDC COVID-19 surveillance team

From: ECDC Influenza < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>
Sent: 12 May 2020 18:23
To: (10)(2e) @meduniwien.ac.at' < (10)(2e) @meduniwien.ac.at>; (10)(2e) @ages.at' < (10)(2e) @ages.at>; (10)(2e) @sciensano.be' < (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @ncipd.org' < (10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @ncipd.org' < (10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @hzjz.hr' < (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @hzjz.hr' < (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @cytanet.com.cy' < (10)(2e) @cytanet.com.cy>; (10)(2e) @spidernet.com.cy' < (10)(2e) @spidernet.com.cy>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @ssi.dk' < (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk' < (10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @terviseamet.ee' < (10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi' < (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e) @santepubliquefrance.fr>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e) @santepubliquefrance.fr>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @keelpno.gr' < (10)(2e) @keelpno.gr>; (10)(2e) @keelpno.gr' < (10)(2e) @keelpno.gr>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @landspitali.is' < (10)(2e) @landspitali.is>; (10)(2e) @landlaeknir.is' < (10)(2e) @landlaeknir.is>; (10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @opbg.net' < (10)(2e) @opbg.net>; (10)(2e) @iss.it' < (10)(2e) @iss.it>; (10)(2e) @spkc.gov.lv' < (10)(2e) @spkc.gov.lv>; (10)(2e) @spkc.gov.lv' < (10)(2e) @spkc.gov.lv>; (10)(2e) @nvspl.lt' < (10)(2e) @nvspl.lt>; (10)(2e) @ulac.lt' < (10)(2e) @ulac.lt>; (10)(2e) @ms.etat.lu' < (10)(2e) @ms.etat.lu>; (10)(2e) @ms.etat.lu' < (10)(2e) @ms.etat.lu>; (10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @rivm.nl' < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @rivm.nl' < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>; (10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>; (10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>;

(10)(2e) @nijz.si' <(10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @isciii.es' <(10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) @isciii.es' <(10)(2e) @isciii.es>;
(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se' <(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>;
(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se' <(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @meduniwien.ac.at'
<(10)(2e) @meduniwien.ac.at>; (10)(2e) @ages.at' <(10)(2e) @ages.at>; (10)(2e) @sciensano.be'
<(10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @sciensano.be' <(10)(2e) @sciensano.be>;
(10)(2e) @sciensano.be' <(10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @sciensano.be'
<(10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @wiv-isp.be' <(10)(2e) @wiv-isp.be>; (10)(2e) @uzleuven.be'
<(10)(2e) @uzleuven.be>; (10)(2e) @ncipd.org' <(10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @ncipd.org' <(10)(2e) @ncipd.org>;
(10)(2e) @hzjz.hr' <(10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @hzjz.hr' <(10)(2e) @hzjz.hr>;
(10)(2e) @hzjz.hr' <(10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @spidernet.com.cy' <(10)(2e) @spidernet.com.cy>;
(10)(2e) @mphs.moh.gov.cy' <(10)(2e) @mphs.moh.gov.cy>; (10)(2e) @szu.cz' <(10)(2e) @szu.cz>;
(10)(2e) @szu.cz' <(10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' <(10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz'
<(10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' <(10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' <(10)(2e) @szu.cz>;
(10)(2e) @szu.cz' <(10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' <(10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @ktuo.cz'
<(10)(2e) @ktuo.cz>; (10)(2e) @szu.cz' <(10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @ssi.dk' <(10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk'
<(10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk' <(10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk' <(10)(2e) @ssi.dk>; (10)(2e) @ssi.dk' <(10)(2e) @ssi.dk>;
(10)(2e) @terviseamet.ee' <(10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @terviseamet.ee'
<(10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @terviseamet.ee' <(10)(2e) @terviseamet.ee>;
(10)(2e) @terviseamet.ee' <(10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @terviseamet.ee'
<(10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @thl.fi' <(10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi' <(10)(2e) @thl.fi>;
(10)(2e) @thl.fi' <(10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi' <(10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi'
<(10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @thl.fi' <(10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @pasteur.fr' <(10)(2e) @pasteur.fr>;
(10)(2e) @santepubliquefrance.fr' <(10)(2e) @santepubliquefrance.fr>;
(10)(2e) @upmc.fr' <(10)(2e) @upmc.fr>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr'
<(10)(2e) @santepubliquefrance.fr>; (10)(2e) @pasteur.fr' <(10)(2e) @pasteur.fr>;
(10)(2e) @santepubliquefrance.fr' <(10)(2e) @santepubliquefrance.fr>; (10)(2e) @chu-lyon.fr' <(10)(2e) @chu-lyon.fr>; (10)(2e) @upmc.fr' <(10)(2e) @upmc.fr>; (10)(2e) @chu-lyon.fr' <(10)(2e) @chu-lyon.fr>;
(10)(2e) @pasteur.fr' <(10)(2e) @pasteur.fr>; (10)(2e) @rki.de' <(10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de'
<(10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' <(10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @keelpno.gr' <(10)(2e) @keelpno.gr>;
(10)(2e) @pasteur.gr' <(10)(2e) @pasteur.gr>; (10)(2e) @med.auth.gr' <(10)(2e) @med.auth.gr>; (10)(2e) @eody.gov.gr'
<(10)(2e) @eody.gov.gr>; (10)(2e) @pasteur.gr' <(10)(2e) @pasteur.gr>; (10)(2e) @med.auth.gr' <(10)(2e) @med.auth.gr>;
(10)(2e) @eody.gov.gr' <(10)(2e) @eody.gov.gr>; (10)(2e) @pasteur.gr' <(10)(2e) @pasteur.gr>; (10)(2e) @eody.gov.gr'
<(10)(2e) @eody.gov.gr>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' <(10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu'
<(10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' <(10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu'
<(10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' <(10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu'
<(10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @landspitali.is' <(10)(2e) @landspitali.is>; (10)(2e) @landspitali.is' <(10)(2e) @landspitali.is>;
(10)(2e) @landlaeknir.is' <(10)(2e) @landlaeknir.is>; (10)(2e) @ucd.ie' <(10)(2e) @ucd.ie>; (10)(2e) @ucd.ie'
<(10)(2e) @ucd.ie>; (10)(2e) @ucd.ie' <(10)(2e) @ucd.ie>; (10)(2e) @ucd.ie' <(10)(2e) @ucd.ie>;
(10)(2e) @hse.ie' <(10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @hpsc.ie' <(10)(2e) @hpsc.ie>; (10)(2e) @hse.ie'
<(10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @iss.it' <(10)(2e) @iss.it>; (10)(2e) @opbg.net' <(10)(2e) @opbg.net>;
(10)(2e) @spkc.gov.lv' <(10)(2e) @spkc.gov.lv>; (10)(2e) @spkc.gov.lv' <(10)(2e) @spkc.gov.lv>;
(10)(2e) @aslimnica.lv' <(10)(2e) @aslimnica.lv>; (10)(2e) @aslimnica.lv' <(10)(2e) @aslimnica.lv>;
(10)(2e) @ulac.lt' <(10)(2e) @ulac.lt>; (10)(2e) @nvspl.lt' <(10)(2e) @nvspl.lt>;
(10)(2e) @nvspl.lt' <(10)(2e) @nvspl.lt>; (10)(2e) @nvsc.lt' <(10)(2e) @nvsc.lt>;
(10)(2e) @nvspl.lt' <(10)(2e) @nvspl.lt>; (10)(2e) @nvspl.lt' <(10)(2e) @nvspl.lt>;
(10)(2e) @lns.etat.lu' <(10)(2e) @lns.etat.lu>; (10)(2e) @lns.etat.lu'
<(10)(2e) @lns.etat.lu>; (10)(2e) @lns.etat.lu' <(10)(2e) @lns.etat.lu>; (10)(2e) @lns.etat.lu'
<(10)(2e) @lns.etat.lu>; (10)(2e) @gov.mt' <(10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' <(10)(2e)
@gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' <(10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt'
<(10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' <(10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @gov.mt' <(10)(2e) @gov.mt>;
(10)(2e) @rivm.nl' <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @rivm.nl'
<(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @rivm.nl' <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @erasmusmc.nl'
<(10)(2e) @erasmusmc.nl>; (10)(2e) @nivel.nl' <(10)(2e) @nivel.nl>; (10)(2e) @rivm.nl' <(10)(2e) @rivm.nl>;
(10)(2e) @rivm.nl' <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @rivm.nl' <(10)(2e) @rivm.nl>;
(10)(2e) @rivm.nl' <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @rivm.nl' <(10)(2e) @rivm.nl>;
(10)(2e) @fhi.no' <(10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no' <(10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no'
<(10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no' <(10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @fhi.no' <(10)(2e) @fhi.no>;
(10)(2e) @fhi.no' <(10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' <(10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @pzh.gov.pl'

288067

< (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>;
(10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @insa.min-saude.pt' < (10)(2e) @insa.min-saude.pt>;
(10)(2e) @insa.min-saude.pt' < (10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>; (10)(2e) @insa.min-saude.pt' < (10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) @insa.min-saude.pt'
< (10)(2e) @insa.min-saude.pt>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>;
(10)(2e) @cantacuzino.ro' < (10)(2e) @cantacuzino.ro>; (10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>;
(10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>;
(10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @nlzoh.si'
< (10)(2e) @nlzoh.si>; (10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @nlzoh.si' < (10)(2e) @nlzoh.si>;
(10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>;
(10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>; (10)(2e) @clinic.cat' < (10)(2e) @clinic.cat>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>;
(10)(2e) @saludcastillayleon.es' < (10)(2e) @saludcastillayleon.es>; (10)(2e) @isciii.es' < (10)(2e) @isciii.es>;
(10)(2e) @jcyl.es' < (10)(2e) @jcyl.es>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'
< (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'
< (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>;
(10)(2e) @crick.ac.uk' < (10)(2e) @crick.ac.uk>; (10)(2e) @ggc.scot.nhs.uk' < (10)(2e) @ggc.scot.nhs.uk>;
(10)(2e) @ggc.scot.nhs.uk' < (10)(2e) @ggc.scot.nhs.uk>; (10)(2e) @nhs.net' < (10)(2e) @nhs.net>;
(10)(2e) @nhs.net' < (10)(2e) @nhs.net>; (10)(2e) @wales.nhs.uk' < (10)(2e) @wales.nhs.uk>;
(10)(2e) @hscni.net' < (10)(2e) @hscni.net>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>;
(10)(2e) @nhs.net' < (10)(2e) @nhs.net>; (10)(2e) @nhs.net' < (10)(2e) @nhs.net>;
(10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) @phe.gov.uk'
< (10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>

Cc: (10)(2e) @sozialministerium.at' < (10)(2e) @sozialministerium.at>; (10)(2e) @bmg.gv.at'
< (10)(2e) @bmg.gv.at>; (10)(2e) @sciensano.be' < (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @sciensano.be'
< (10)(2e) @sciensano.be>; (10)(2e) @ncipd.org' < (10)(2e) @ncipd.org>; (10)(2e) @hzjz.hr'
< (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @hzjz.hr' < (10)(2e) @hzjz.hr>; (10)(2e) @cytanet.com.cy'
< (10)(2e) @cytanet.com.cy>; (10)(2e) @moh.gov.cy' < (10)(2e) @moh.gov.cy>; (10)(2e) @szu.cz'
< (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>; (10)(2e) @szu.cz' < (10)(2e) @szu.cz>;
(10)(2e) @sst.dk' < (10)(2e) @sst.dk>; (10)(2e) @terviseamet.ee' < (10)(2e) @terviseamet.ee>; (10)(2e) @thl.fi'
< (10)(2e) @thl.fi>; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr' < (10)(2e) @santepubliquefrance.fr>;
(10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>; (10)(2e) @rki.de' < (10)(2e) @rki.de>;
(10)(2e) @eody.gov.gr' < (10)(2e) @eody.gov.gr>; (10)(2e) @eody.gov.gr' < (10)(2e) @eody.gov.gr>;
(10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>;
(10)(2e) @nnk.gov.hu' < (10)(2e) @nnk.gov.hu>; (10)(2e) @landlaeknir.is' < (10)(2e) @landlaeknir.is>;
(10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @hse.ie' < (10)(2e) @hse.ie>; (10)(2e) @sanita.it'
< (10)(2e) @sanita.it>; (10)(2e) @spkc.gov.lv' < (10)(2e) @spkc.gov.lv>; (10)(2e) @llv.li'
< (10)(2e) @llv.li>; (10)(2e) @llv.li' < (10)(2e) @llv.li>; (10)(2e) @sam.lt' < (10)(2e) @sam.lt>;
(10)(2e) @sam.lt' < (10)(2e) @sam.lt>; (10)(2e) @ms.etat.lu' < (10)(2e) @ms.etat.lu>;
(10)(2e) @gov.mt' < (10)(2e) @gov.mt>; (10)(2e) @rivm.nl' < (10)(2e) @rivm.nl>;
(10)(2e) @RIVM.NL' < (10)(2e) @RIVM.NL>; (10)(2e) @fhi.no' < (10)(2e) @fhi.no>; (10)(2e) @pzh.gov.pl'
< (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @pzh.gov.pl' < (10)(2e) @pzh.gov.pl>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt' < (10)(2e) @dgs.min-saude.pt>; (10)(2e) @insp.gov.ro' < (10)(2e) @insp.gov.ro>; (10)(2e) @uvzsr.sk' < (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @uvzsr.sk'
< (10)(2e) @uvzsr.sk>; (10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @nijz.si' < (10)(2e) @nijz.si>; (10)(2e) @msssi.es'
< (10)(2e) @msssi.es>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se' < (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>;
(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se' < (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'
< (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se>; (10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>;
(10)(2e) @phe.gov.uk' < (10)(2e) @phe.gov.uk>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; DL_PHE_Surveillance
< (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; PHE Manager < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) (10)(2e)
< (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; Legal < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; Country Cooperation < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>;
ECDC Influenza < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) @who.int'
< (10)(2e) @who.int>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @who.int>; (10)(2e), (10)(2e) < (10)(2e) @who.int>; ,
< (10)(2e) @who.int>; PHE Technical Group < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; PHE Manager
< (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; PHE Support Group < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>

Subject: To the NFPs and OCPs for action: review of manuscript from Joint Research Centre based on TESSy data
Importance: High

Dear National Focal Points for Influenza,

Dear Operational Contact Points for Influenza and COVID-19,

Cc: National Coordinators

Some weeks ago, ECDC received a request to share COVID-19 case-based data with the European Joint Research Centre, an EU agency based in Italy (this is according to the ECDC rules on access to TESSy data available here: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/european-surveillance-system-tessy). Researchers there have now analysed the data and independently produced a report "Age, gender, and territory of COVID-19 infections and fatalities" which they would like to publish on their website. According to the ECDC Conditions for publishing note available at https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/conditions-publishing-note:

> *Non published data obtained through direct access or upon specific request for TESSy data for research purposes may not be published/reproduced/made public without ECDC's and, unless not applicable, Member States' approval obtained through ECDC. In order to grant approval for the publication, ECDC will require a copy of the manuscript/publication for comments by ECDC and/or the Member States prior to the actual publication.*

Since some of the data have not been previously published and some are at sub-national level, we are forwarding the draft report for your comments. We are also reviewing this document in parallel and will be providing JRC with our comments.

We would appreciate if you could send us your comments – in tracked changes - **by Friday 15 May close of business**. We will then collate all comments and send them to JRC together with the ECDC comments. Once comments have been addressed, we will come back to you with a final version for your approval. Apologies for the short deadline and please feel free to get in touch if you have any questions.

Kind regards,

The ECDC COVID-19 surveillance team

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
Gustav III:s boulevard 40, 169 73 Solna, Sweden
Phone +46 ((10)(2e) / Fax +46 (0 (10)(2e)
www.ecdc.europa.eu

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/27/2020 3:10:48 PM
Subject: RE: Teststraten rapportage 27 mei
Received: Wed 5/27/2020 3:10:48 PM
GGD teststraten 27 mei SvdH.docx

Hoi (10)(2e)

Mooi overzicht weer. Een paar kleine tekstuele toevoegingen voor de duiding.

Groeten
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 16:47
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Teststraten rapportage 27 mei

Aha, goed te weten. Ik zal je berichtje even doorsturen aan (10)(2e) lijkt me goed dit morgenochtend te bespreken (de school-clusters).

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 16:00
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Teststraten rapportage 27 mei

Hoi (10)(2e)
Het zijn vnl tieners, dat ligt mogelijk ook aan meer thuisbemonstering bij jongere kinderen. (10)(2e) en (10)(2e) bellen de GGDen na, en wisten ook dat er een paar school-clusters speelden. Al zou dat nog niet de meeste positieve tests bij kinderen verklaren, omdat de mediane leeftijd 13 is.
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 15:41
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Teststraten rapportage 27 mei

Hoi (10)(2e) dank voor het overzicht. Inderdaad zijn die kinderen wat zorgelijk. Kan je het uitsplitsen naar <12 en 13-18? De zorg zit m natuurlijk vooral bij het primair onderwijs, omdat dat nu weer open is.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 13:55
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Teststraten rapportage 27 mei

Hoi (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

288070

Ik heb een update gemaakt van het teststraten rapportje, voor RT, LCI, OMT, SO. Zou een van jullie er een blik op willen werpen voor ik hem breder verstuur? Met name zorgwekkend is het % positief onder kinderen. Dit concentreert zich op een paar regio's, zie tabel 5, de aantallen zijn niet groot, maar toch. We kijken nu ook of een stijging van het aantal kinderen in de 'gewone' osirisdata zichtbaar is. Misschien is het zinvol om de betreffende GGDen te vragen naar het verhaal erachter. Via LCI?

Groeten (10)(2e)
PS Volgende week als ik weg ben neemt (10)(2e) deze taak van mij over.

288074

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 3:29:40 PM
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen
Received: Fri 5/29/2020 3:29:40 PM
[Asymptomatisch testen SvdH.docx]

Hoi (10)(2e)
Duidelijk verhaal! Ik had (10)(2e) mail nog niet gelezen dus mogelijk wat dubbeling.
Groeten,
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) 0) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 7:30:39 AM
Subject: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website
Received: Fri 5/29/2020 7:30:39 AM

Hoi (10)(2e),

Dank je. Inderdaad moet dit nog beter afgestemd worden, hier moet nog wel wat aan gesleuteld worden. Dus inderdaad graag als word bestand doorsturen, met ook duidelijkheid over waar naar gelinkt wordt vanuit de beschrijvende pagina.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 09:21
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Hoi (10)(2e)

We hebben een concept pagina gemaakt, zie bijlage. Dan heb je een beeld bij wat we in gedachten hebben. De kopjes en links moeten nog goed afgestemd worden. Ik ga daar nu een Wordbestand voor maken en dat stuur ik nog door.

Gr (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 20:12
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Hoi (10)(2e),
Prima wat mij betreft, alleen nog een paar linkjes die toegevoegd dienen te worden. Nu staan er een aantal links wel in, en een aantal niet. Als je een achtergrondpagina maakt met de links, moet wel duidelijk zijn welke link bij welk stuk in de tekst hoort. Ik zie nu niet hoe dat kan.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 28 mei 2020 17:50
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Hoi (10)(2e) en (10)(2e),

In de bijlage vinden jullie de tekst voor de pagina over onze rekenmodellen. De tekst is ter vervanging van de tekst op deze pagina: https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/hoe-berekeningen-bijdragen-aan-bestrijding-van-virus

@(10)(2e): ik heb al je aanpassingen doorgevoerd. De linkjes naar publicaties en open data willen we graag op de achterliggende webpagina plaatsen, dus die heb ik hier uit gehaald.

Willen jullie meekijken? Dan kan ik 'm daarna naar (10)(2e) sturen en dan kan ie online.

We willen 'm heel graag morgen op de website zetten, dus hopelijk kunnen jullie tijd maken om hier snel naar te kijken.

Alvast bedankt!

Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 16:18
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Ha (10)(2e)
Hier is de tekst, met opmerkingen in track changes. Bij het herschrijven was vaak de essentie van een gegevensbron en model verloren gegaan, in deze versie heb ik dat weer herstelt, waarbij ik probeer dezelfde schrijfstijl aan te houden.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 28 mei 2020 13:38
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Hoi (10)(2e),

Heb je al naar de tekst kunnen kijken? Ik probeerde je net al even te bellen, maar je nam niet op. We horen heel graag meer, want we willen het graag zsm op de website publiceren.

Ik hoor graag van je.
Bedankt!
Gr (10)(2e)

Van: (10)(2e)
Verzonden: dinsdag 26 mei 2020 16:45
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Hoi (10)(2e)

Nav je mail hebben we de tekst aangepast. Transparantie en open zijn komt nu veel duidelijker naar voren. Omdat we de data en publicaties goed willen ontsluiten, stellen we voor om 2 pagina's te maken die naar elkaar doorverwijzen. Een pagina met de tekst in de bijlage. En een aparte pagina waar we per onderwerp de data en publicaties op zetten. Die pagina beginnen we dan met diezelfde alinea over transparantie en openheid van onze data. Daaronder kunnen we dan blokken per subonderdeel opnemen met de data en publicaties. Hoewel de pagina nog niet helemaal gereed is, heb ik wel vast een pdf toegevoegd zodat je een beeld krijgt van wat we voor ogen hebben.

Kan jij je hierin vinden?
Wil je eens goed door het wordbestand gaan en aanvullen/wijzigingen waar nodig? We hebben in de opmerkingen enkele vragen aan jou opgeschreven.

De pagina met de data en publicaties moeten we natuurlijk ook nog goed doornemen en met jou afstemmen dat we de goede links hebben ed.

We hopen dat we de pagina's snel kunnen gaan publiceren. In ieder geval deze week, hoe eerder hoe beter.

Dank alvast en fijne avond!

Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: maandag 25 mei 2020 09:21
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>

288077

CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Ha (10)(2e),
Prima, Q&A hoeft niet, het belangrijkste is dat we op de website voor degenen die er naar op zoek zijn duidelijk zijn waar de code en data van de gepubliceerde modellen te vinden is, en hoe de verantwoording van de modellen in elkaar zit. De links zijn dus cruciaal.
ik heb een update van de tekst gemaakt, met volledige set van links.
vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 16:59
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Hoi (10)(2e),

Dankjewel voor de mail.

Als ik het zo lees, dan is het wel nodig om nog een toevoeging te doen bij de tekst. We willen eigenlijk juist de Q&A's gaan afbouwen en meer achtergrondinformatie geven over de verschillende thema's. Ik wil dan ook voorstellen dat ik nog eens goed naar de tekst ga kijken en informatie die nu ontbreekt ga toevoegen. Ik ga daar een voorzet voor doen en dan stuur ik de tekst weer aan je terug zodat je mee kan kijken.
Mocht je nav onze mailwisseling mij nog extra info mee willen geven, dan kan je me dat natuurlijk nog sturen. Ik zal hier maandagmiddag mee aan de gang gaan.

Volgens mij kunnen we de tekst die er ligt en jouw input bij elkaar brengen.

Voor nu wens ik je een fijn weekend toe!

We hebben contact. Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 20 mei 2020 15:42
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Beste (10)(2e),

Ik heb de tekst gelezen.

De idee was om een website te maken waar we uitleggen hoe transparantie en verantwoording verweven zijn in het werk aan infectieziektenmodellering. Dit haakt aan op de communicatiestrategie voor modellering die we hadden bedacht met (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e):
-we doen onderzoek, wanneer dat gereed is dan publiceren we het als preprint op server en bieden het ter publicatie aan bij internationale peer reviewed tijdschriften, dit leidt tot open access publicaties, waarbij code en data toegankelijk zijn.
-we doen beleidsadvies en crisisbeheersing, dat wordt verantwoord in de tweede kamer bij de technische briefing van (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en in tweede kamer vragen, en getoetst in internationale samenwerkingsverbanden
-verantwoording van infectieziektenmodellering is achteraf, de aard van het werk leent zich er niet toe om vooraf een protocol op te stellen hoe we het aan gaan pakken. Dit is een verschil met trials, waar je wel vooraf zo'n protocol op moet stellen.
De door ons aangeleverde teksten met alle links waren bedoeld om deze drie punten te illustreren.

In de tekst voor een website is nu de huidige website tekst, die volgens mij heel goed uitlegt wat we doen, aangevuld met de meer technische stukken. Ik ben bang dat deze aangevulde tekst niet zo goed werkt om uit te leggen wat we doen, en niet zo goed werkt om uit te leggen hoe transparantie is geregeld. Als een aparte website met meer informatie over transparantie bij modellen niet werkt, is het een idee deze informatie als Q&A Modellering te presenteren?

Bijvoorbeeld:
Waar kan ik de gegevens vinden die worden gebruikt in de modellen?
Zijn deze gegevens voor iedereen beschikbaar?
Wat zijn de ingrediënten voor de modellen?
Waar kan ik de formules en computer code vinden die gebruikt worden in de modellen?
Zijn alle modellen die gebruikt worden al gepubliceerd?
Hoe wordt de kwaliteit van de modellen gewaarborgd?
Is er een onderzoeksprotocol voor modellen?

Vriendelijke groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 11:52
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Transparantie rekenmodellen op RIVM website

Hoi (10)(2e)

Nav een tekst die jij 2 weken geleden hebt gemaakt over modelleren en meer openheid over de rekenmodellen, heb ik een opzet gemaakt voor een tekst die we binnenkort graag op onze website willen plaatsen. Zie bijlage. Wil jij deze doornemen en aanvullen/wijzigen waar nodig? We hebben ook enkele vragen aan jou in het document gezet. Wil je ook de URL's die ik er nu achter heb geplakt controleren?

Alvast bedankt!

Hartelijke groet,

(10)(2e)
(10)(2e)

RIVM
Postbus 1
3720 BA BILTHOVEN
M (06)(10)(2e)
http://www.rivm.nl

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/27/2020 4:30:32 PM
Subject: FW: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit
Received: Wed 5/27/2020 4:30:32 PM

Ook dit heeft uiteraard relatie met de notitie die deze week richting Den Haag moet, waar (10)(2e) trekker van is.

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)



To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/26/2020 8:12:03 AM
Subject: RE: 200524 schatting testvraag verschillende groepen
Received: Tue 5/26/2020 8:12:03 AM

Hoi (10)(2e)

Dank je we (10)(2e) le uitleg!
Gisteren is OMT besloten dat plotselinge anosmie/ageusie (geur en smaakverlies) toegevoegd wordt aan de lijst klachten waarbij mensen aangeraden wordt om thuis te blijven en zich te laten testen. Maar mensen met andere klachten hebben ook toegang tot tests. Ik denk dat de vraag over wat toevoeging anosmie/ageusie (op basis van infectieradar data) betekent voor extra aanvragen tests snel te verwachten is...

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 08:20
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: 200524 schatting testvraag verschillende groepen

Hoi (10)(2e)

1. Vergelijkbaar met het toenmalige scenario van 8.9% uit NIVEL (zoals je zei is dat inmiddels afgenomen in dit nivel panel), maar dat scenario is nog niet geupdate en komt toevallig gelijk uit. Ik zal het weeknummer toevoegen aan die 8.9% van nivel dan.
2. Ik had eerst wekelijkse gegevens van Brechje voor week 19 uit de teststraten ontvangen en gebruikt voor berekenen van de factor uitkomsten teststraten vs. modelschatting. Ik heb daarna ook nog de dagelijkse aantallen van week 20 binnen gekregen en bekeken (data week 20 was nog niet compleet voor alle dagen), en daar vond ik een factor 2.46 voor extramurale zorgmedewerkers en factor 2.15 voor docenten. Je hebt gelijk dat zorgmedewerkers misschien ook via andere routes kunnen testen. Inmiddels heb ik week 20 denk ik ook compleet binnen (zag dat dit weekend daar gegevens over binnen zijn gekomen) en deels week 21, dus dat moet ik nog analyseren.

Ik zag in het nieuws dat per 1 juni iedereen kan testen met alle type klachten en ook asymptomaten + een communicatiecampagne. Dit komt natuurlijk niet geheel overeen met de definities die wij gebruikt hebben voor de schatting 30.000 in de zomer, maar er lijkt wel ruimte in de schatting te zitten dus hopelijk komt dat goed!

Groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 13:23
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: 200524 schatting testvraag verschillende groepen

Hoi,

Hierbij een paar opmerkingen en vragen, eigenlijk dezelfde als ik vrijdag maakte.
- Uit infectieradar komt volgens mij hogere rapportage klachten dan uit nivel consumentenpanel, terwijl er nu staat dat dit vergelijkbaar is
- Vergelijking aantal tests in teststraten met werkelijke tests, is dat ook factor 2-2,5 voor alle doelgroepen samen, of alleen voor bepaalde doelgroepen? Voor zorgmedewerkers is het lastig te bepalen volgens mij omdat een deel ook buiten de teststraat getest wordt

Eens met conclusie dat we vooral moeten monitoren hoe testvraag zich ontwikkelt als er een werkelijk laagdrempelig testbeleid wordt ingezet, bijv. zonder ook eerst langs de huisarts te hoeven voor niet nader gespecificeerde doelgroep. Nu is dat mogelijk nog een barriere omdat er in de NHG richtlijn nog staat dat er alleen getest wordt als dit consequenties voor het beleid zou hebben.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 09:23
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: 200524 schatting testvraag verschillende groepen

Ik heb in dit document de meeste aanpassingen die door (10)(2e) en mijzelf zijn gemaakt geaccepteerd.
(10)(2e) graag jullie reactie op de nog openstaande punten
(10)(2e): zou jij stuk over testbeleid iig nog aan willen passen?

Maandagmiddag hebben we overleg met VWS hierover, dus het zou fijn zijn om voor die tijd dit stuk klaar te hebben.

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/24/2020 6:53:08 PM
Subject: RE: Western vs. niet Western
Received: Sun 5/24/2020 6:53:08 PM

Dank je wel (10)(2e)
Mensen geboren in een niet westers land zijn jonger en hebben opvallend vaker diabetes, zowel bij alle gemelde patienten, als bij de in het ziekenhuis opgenomen en overleden patienten. Bij andere comorbiditeiten zie ik geen grote verschillen.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 17:48
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Western vs. niet Western

Hoi (10)(2e)

Ik heb de aangevraagde tabellen toegevoegd (Zie bijlage).

Dank dat je even doorgeeft dat het geen haast meer had.
Maar het was heel weinig werk om de aanvullende tabellen te maken.

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 17:04
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Western vs. niet Western

Ho (10)(2e)

Ik krijg net te horen dat het onderwerp van de OMT-agenda voor komende maandag verdwijnt omdat Amsterdam (die het punt agendeerde) nog geen eigen cijfers heeft ☹. Het zal dus op een later moment op de agenda komen. Het is nog steeds nuttig om dit te beschrijven, maar mijn vraag om uitsplitsing western/non-western geboorteland voor gehospitaliseerde en overleden patienten heeft nu dus geen haast meer.

Fijn weekend!
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: vrijdag 22 mei 2020 16:43
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Western vs. niet Western

Hallo (10)(2e)

Hartelijk dank, dit is nuttig!
Zou je de tab 'demographic_western_nonwestern' ook nog kunnen maken voor alleen de in het ziekenhuis opgenomen patienten, en voor de overleden patienten?

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 15:28
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Western vs. niet Western

Beste (10)(2e)

Zie in bijlage tabellen met populatie kenmerken en descriptief van alle COVID-19 patiënts, opgenomen in het ziekenhuis en overleden.

En ook populatie kenmerken van Westers en niet-westers en land van afkomst

Groet,
(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/24/2020 4:02:07 PM
Subject: RE: laatste versie nota OMT symptomen en maatregelen - graag jullie akkoord/commentaar zsm!
Received: Sun 5/24/2020 4:02:07 PM
Nota Symptomatologie COVID en consequenties voor testen en maatregelen versie 3.0 24052020 SvdH.docx

Hoi (10)(2e)
Dank voor dit uitgebreide document, mooi overzicht.
Inderdaad heb ik nog wel wat opmerkingen en vind ik een ruimhartiger testbeleid noodzakelijk.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 17:56
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: laatste versie nota OMT symptomen en maatregelen - graag jullie akkoord/commentaar zsm!

Scherp (10)(2e) Ik verander het direct!
En dank voor het zoeken, dat stemt weer gerust.

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 17:55
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: laatste versie nota OMT symptomen en maatregelen - graag jullie akkoord/commentaar zsm!

Hoi (10)(2e)

Mooi stuk.
Ik heb vanmiddag nog even gekeken of er toch nog nieuw literatuur was in aanvulling tot wat ik je gestuurd had van (10)(2e) waarbij wel een correlatie is gelegd tussen optreden van bepaalde symptomen en gevoeligheid van PCR. Deze heb ik niet kunnen vinden dus terecht dat we dit (nog) niet opgenomen hebben.

Verder nog 1 opm:
Volgens mij moet het hier beneden zijn EN/OF ipv OF (anders vallen er heel veel af).

Verkoudheidsklachten, zoals neusverkoudheid, loopneus, niezen, keelpijn, (lichte) hoest
OF
Plotsteling verlies van geur en/of smaak
OF
Kortademigheid/benauwdheid
OF
Verhoging tot 38 graden Celsius (óf koorts boven de 38 graden)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 17:37
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: laatste versie nota OMT symptomen en maatregelen - graag jullie akkoord/commentaar zsm!

Heel mooi stuk

2 opmerkingen: Verhoging tot 38 graden Celsius (óf koorts boven de 38 graden) → op deze wijze discrimineert het niet; kiezen voor koorts?

Bij de tweede vraag twee ipv een symptoom?

Groe (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 17:16
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: laatste versie nota OMT symptomen en maatregelen - graag jullie akkoord/commentaar zsm!

Mooi (10)(2e) helder geformuleerd. Ik zou hoesten prominenter zetten bij luchtwegklachten.

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e). (10)(2e) [(10)(2e) @erasmusmc.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e
Sent: Sun 5/24/2020 6:06:58 PM
Subject: RE: Infectieziektenradar en andere zaken
Received: Sun 5/24/2020 6:06:58 PM
Teststraat resultaten OMT 20200525.pptx

Hierbij concept ppt voor OMT morgen alvast ter info. Hopelijk hebben we binnenkort dagelijks, meer, en meer complete data uit de teststraten...

Groeten,
(10)(2e)

-----Original Message-----
From: (10)(2e). (10)(2e) < (10)(2e) @erasmusmc.nl>
Sent: zaterdag 23 mei 2020 13:10
To: (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Re: Infectieziektenradar en andere zaken

Hoi

Nee, allemaal, om een beetje voeling te houden met hoeveel diagnoses nu gesteld worden, nu de ziekenhuis signalen het Beld geven dat de boel over is Om bij vragen achter de hand te hebben

(10)(2e)

> On 23 May 2020, at 13:08, (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e < (10)(2e) @rivm.nl> wrote:
>
> Ho (10)(2e)
>
> We vragen dit momenteel wekelijks na bij de GGD'en via Osiris, dagelijks is voor hen nu niet haalbaar (en nu ook voor ons niet noodzakelijk voor een goed inzicht). Als ze allemaal over zijn op CoronIT kunnen we de data dagelijks opvragen en analyseren. Dan kunnen we de data ook dagelijks delen.
> Ben je vooral geinteresseerd in de data van de regio Rotterdam of van alle GGD'en?
>
> Groeten,
> (10)(2e)
>
> -----Original Message-----
> From: (10)(2e). (10)(2e) < (10)(2e) @erasmusmc.nl>
> Sent: zaterdag 23 mei 2020 08:24
> To: (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e < (10)(2e) @rivm.nl>
> Subject: Re: Infectieziektenradar en andere zaken
>
> Iets anders: is er een mogelijkheid om de hoeveelheid dagelijkse testen en positieven te krijgen die nu worden bijgehouden?
>
> (10)(2e)
>
>> On 22 May 2020, at 12:54, (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e < (10)(2e) @rivm.nl> wrote:
>>
>> Dank je we (10)(2e) aardig van je. Gelukkig (?) ben ik zelf niet
>> actief op social media dus heb de bagger niet gezien maar hoorde het
>> wel via via. Had toen ook niet de neiging om zelf te gaan kijken □*
>>
>> Ik denk dat je gelijk hebt over meer zichtbaarheid en uitleg, zeker ivm het dashboard.
>>
>> Over ZonMW project, lijkt me goed daar eens over verder te praten en wat de rol van het RIVM daarin is. EPI is hier nog niet bij aangesloten, maar dat zou wel nuttig kunnen zijn. Ik zou graag beter begrijpen of en hoe het bredere dan voor SARS-CoV-2 platform (Callisto) dat hier nu wordt opgezet hierin zou kunnen passen en/of hoe we verschillende systemen het best op elkaar aan kunnen laten sluiten zonder dat er dubbel werk wordt gedaan.
>>
>> Groeten,
>> (10)(2e)
>>
>>
>> -----Original Message-----
>> From: (10)(2e). (10)(2e) < (10)(2e) @erasmusmc.nl>

>> Sent: donderdag 21 mei 2020 22:57
>> To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
>> Subject: Infectieziektenradar en andere zaken
>>
>> Hoi
>>
>> Ff een berichtje om te zeggen dat ik vind dat je / jullie het goed doen. Het moet niet meevallen. Ik zag de reacties op social media over je oproep voor de infectieziektenradar. Bagger. Ik krijg dat ook, en het is heel vervelend. Maar ik vind je goed overkomen.
>> Denk wel dat het goed zou zijn als jullie wat meer in beeld zouden zijn, naast (10)(2e) Uitleggen welke surveillance allemaal opgetuigd wordt dat soort zaken.
>>
>> Laat maar weten als ik iets kan betekenen.
>> Ik zou bv willen kijken of we iets met sequentie updates kunnen doen in de surveillance overzichten?
>>
>> Is wel een ZON MW project, maar nuttige info
>>
>> (10)(2e)
>>
>>

>
>

> 3D&reserved=0<https://eur01.safelinks.protection.outlook.com/?url=
> http%3A%2F%2Fwww.rivm.nl%2Fen&data=02%7C01%7 (10)(2e) 40erasmusm
> c.nl%7Cbe970717dfdd4895bddd08d7ff09af1d%7C526638ba6af34b0fa532a1a511f4
> ac80%7C0%7C0%7C637258289362478226&sdata=Kh8VKw4tGSbWuIsTelBemabChq
> ocwOzJVCRLMZ127yY%3D&reserved=0> Committed to health and
> sustainability

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/21/2020 6:14:28 AM
Subject: FW: to NFPs for communication for prior information – Joint EASA/ECDC press release on guidelines to assure health safety in air travel despite COVID-19 pandemic
Received: Thur 5/21/2020 6:14:28 AM
EASA ECDC Press Release - Final Clean.DOCX

ECDC beveelt aan dat er in vliegtuigen medische mondmaskers worden gebruikt als er geen 1,5m afstand wordt gehouden in het vliegtuig

A medical face mask (also known as a surgical or procedure mask) is a medical device covering the mouth, nose and chin ensuring a barrier that limits the transition of an infective agent between the hospital staff and the patient. They are used to prevent large respiratory droplets and splashes from reaching the mouth and the nose of the wearer and help reduce and/or control at the source the spread of large respiratory droplets from the person wearing the face mask. Medical masks comply with requirements defined in European Standard EN 14683:2014. Non-medical face masks (or 'community' masks) include various forms of selfmade or commercial masks or face covers made of cloth, other textiles or other materials such as paper. They are not standardised and do not offer a consistent level of protection. For these reasons non-medical face masks are not recommended to use where a minimal physical distance of 1.5 metres between individuals is not guaranteed.

From: ECDC Press <(10)(2e)@ecdc.europa.eu>
Sent: woensdag 20 mei 2020 22:36
To: (10)(2e) @sozialministerium.at; (10)(2e) @sozialministerium.at; (10)(2e) @aviq.be; (10)(2e) @sciensano.be; (10)(2e) @ccc.brussels; (10)(2e) @zorg-en-gezondheid.be; (10)(2e) @health.belgium.be; (10)(2e) @ncipd.org; (10)(2e) @mh.government.bg; (10)(2e) @hzjz.hr; (10)(2e) @hzjz.hr; (10)(2e) @mphs.moh.gov.cy; (10)(2e) @mzcr.cz; (10)(2e) @sst.dk; (10)(2e) @terviseamet.ee; (10)(2e) @terviseamet.ee; (10)(2e) @thl.fi; (10)(2e) @thl.fi; (10)(2e) @sante.gouv.fr; (10)(2e) @rki.de; (10)(2e) @rki.de; (10)(2e) @eody.gov.gr; (10)(2e) @nnk.gov.hu; (10)(2e) @nnk.gov.hu; (10)(2e) @landlaeknir.is; (10)(2e) @landlaeknir.is; (10)(2e) @hse.ie; (10)(2e) @hse.ie; (10)(2e) @hse.ie; (10)(2e) @sanita.it; (10)(2e) @sanita.it; (10)(2e) @spkc.gov.lv; (10)(2e) @ulac.lt; (10)(2e) @sam.lt; (10)(2e) @ms.etat.lu; (10)(2e) @ms.etat.lu; (10)(2e) @gov.mt; (10)(2e) @gov.mt; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @fhi.no; (10)(2e) @fhi.no; (10)(2e) @pzh.gov.pl; (10)(2e) @gis.gov.pl; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt; (10)(2e) @insp.gov.ro; (10)(2e) @yahoo.com; (10)(2e) @uvzsr.sk; (10)(2e) @nijz.si; (10)(2e) @nijz.si; (10)(2e) @mscbs.es; (10)(2e) @mscbs.es; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se; (10)(2e) @phe.gov.uk; (10)(2e) @phe.gov.uk
Cc: (10)(2e) @bmg.gv.at; (10)(2e) @sozialministerium.at; (10)(2e) @sciensano.be; (10)(2e) @sciensano.be; (10)(2e) @ncipd.org; (10)(2e) @hzjz.hr; (10)(2e) @hzjz.hr; (10)(2e) @cytanet.com.cy; (10)(2e) @moh.gov.cy; (10)(2e) @szu.cz; (10)(2e) @szu.cz; (10)(2e) @szu.cz; (10)(2e) @sst.dk; (10)(2e) @terviseamet.ee; (10)(2e) @thl.fi; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr; (10)(2e) @rki.de; (10)(2e) @rki.de; (10)(2e) @rki.de; (10)(2e) @eody.gov.gr; (10)(2e) @eody.gov.gr; (10)(2e) @nnk.gov.hu; (10)(2e) @nnk.gov.hu; (10)(2e) @nnk.gov.hu; (10)(2e) @landlaeknir.is; (10)(2e) @hse.ie; (10)(2e) @hse.ie; (10)(2e) @sanita.it; (10)(2e) @spkc.gov.lv; (10)(2e) @llv.li; (10)(2e) @llv.li; (10)(2e) @sam.lt; (10)(2e) @sam.lt; (10)(2e) @ms.etat.lu; (10)(2e) @gov.mt; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) @fhi.no; (10)(2e) @pzh.gov.pl; (10)(2e) @pzh.gov.pl; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt; (10)(2e) @insp.gov.ro; (10)(2e) @uvzsr.sk; (10)(2e) @uvzsr.sk; (10)(2e) @nijz.si; (10)(2e) @nijz.si; (10)(2e) @msssi.es; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se; (10)(2e) @phe.gov.uk; (10)(2e) @phe.gov.uk; ECDC Press <(10)(2e)@ecdc.europa.eu>; PHE Communication Group < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ecdc.europa.eu>
Subject: to NFPs for communication for prior information – Joint EASA/ECDC press release on guidelines to assure health safety in air travel despite COVID-19 pandemic

To: **NFPs for Communication and Alternates**
Cc: **National coordinators of the CCBs**
Subject: **for prior information – Joint EASA/ECDC press release on guidelines to assure health safety in air travel despite COVID-19 pandemic**

Dear Colleagues,

According to our procedures regarding prior information, please find attached a joint EASA-ECDC press release on joint guidelines to assure health safety in air travel despite COVID-19 pandemic.

Both EASA and ECDC have just published the guidelines on the respective website:
https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-aviation-health-safety-protocol
https://www.easa.europa.eu/sites/default/files/dfu/EASA-ECDC_COVID-19_Operational%20guidelines%20for%20management%20of%20passengers_final.pdf

With best regards,

(10)(2e) (10)(2e)
ECDC Communication team

Disclaimer
The information provided above should be attributed to ECDC unless a specific spokesperson is indicated.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
Press Office
Gustav III:s boulevard 40, 169 73 Solna, Sweden
Media line: +46 (0)8 58 60 16 78
ecdc.europa.eu/en/pressroom

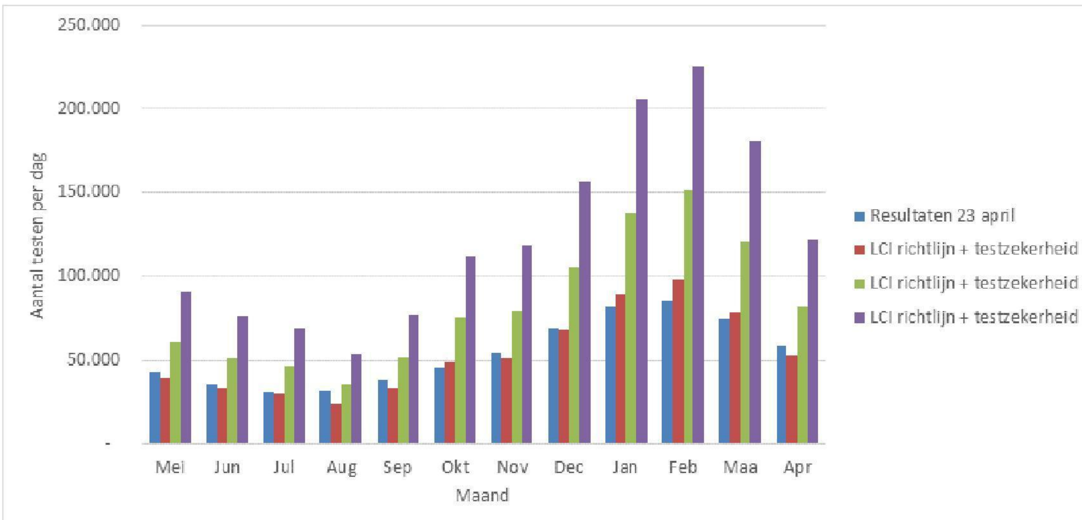
Follow ECDC on:

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @ggdhm.nl]
Cc: (10)(2e) , (10)(2e) [(10)(2e) @ggdghor.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/19/2020 6:43:11 PM
Subject: RE: BCO vraag scenario's om te valideren
Received: Tue 5/19/2020 6:43:12 PM

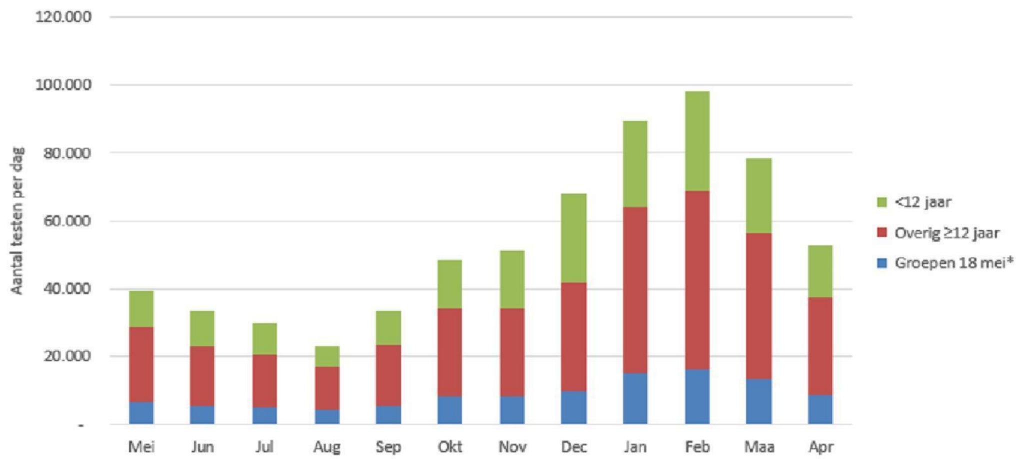
Beste (10)(2e)

Hierbij alvast een paar grafieken, tekst er omheen wordt de laatste hand aan gelegd as we speak. Komt over ongeveer 15 min.

Groet,
(10)(2e)



LCI richtlijn + 75-100% testzekerheid naar testgroep



**Groepen 18 mei: ziekenhuispatiënten met LWI, risicopatiënten met LWI bij huisarts, zorgpersoneel, jeugdtrainers, personeel kinderopvang & basisscholen, contactberoepen, mantelzorgers, OV bestuurders, handhavers*

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) dubbel (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 7:35:21 AM
Subject: RE: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.
Received: Fri 5/22/2020 7:35:22 AM

Hoi (10)(2e)
Volgens mij had ik nog niet gereageerd maar dank je!
En heel veel succes maandag, ik ga proberen om in te loggen.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 13:03
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.

Hoi (10)(2e)

Ik heb het gemiddelde tussen de eerste ziektedag en dag van monsterafname voor de 64 SARS-CoV-2 positieve patiënten uit de Peilstation surveillance berekend en dat is 7,7 dagen.

Groeten (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zaterdag 16 mei 2020 19:03
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.

Hoi (10)(2e)

Een verdeling van de tijd tussen eerste ziektedag en dag monsterafname (=dag huisartsbezoek) zou heel mooi zijn. Fijn als je dat begin volgende week uit kan rekenen!

Groeten,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 16 mei 2020 om 10:38:55 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.

Hoi (10)(2e)

We weten van deze patiënten de datum eerste ziektedag en de dag van monsterafname. We weten echter wel de datum eerste ziektedag in zijn algemeen, dus niet per gemelde symptoom. Ik zou het gemiddelde van deze tijd voor de SARS-CoV-2 positieve patiënten eens kunnen bepalen. Is hier haast bij?

Groeten (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 15 mei 2020 17:31

288107

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.

Hoi (10)(2e)

Ik zag in het SO verslag dat er symptomen gerapporteerd werden voor SARS-CoV-2 positieve en negatieve patienten uit de peilstations. Weten we ook aantal dagen sinds start klachten van deze patienten?

Groeten,
(10)(2e)

tijdsduur na moment van infectie tot een andere gebeurtenis
8.5 dagen gemiddeld van Infectie tot melding klacht in infectieradar
?? dagen gemiddeld van Infectie tot melding klacht in NIVEL peilstation
11.9 dagen gemiddeld van Infectie tot melding positieve test uitslag
19.0 dagen gemiddeld van infectie tot melding ziekenhuisopname (via NICE)
15.2 dagen gemiddeld van infectie tot melding IC opname (via NICE)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/20/2020 6:58:44 AM
Subject: FW: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)
Received: Wed 5/20/2020 6:58:45 AM

Voor (10)(2e) is het duidelijk een afgesloten hoofdstuk: ze wil niet echt toegeven dat dit fout is gegaan vanuit haar kant, of vind dat we zeuren over een in haar ogen kleinigheid. Het heeft niet veel zin hier nog op te reageren.
Ik zal het wel nog een keer aan de orde stellen bij (10)(2e) als ik hem spreek, zodat ik zeker weet dat het hem duidelijk is waarom wij dit zo vervelend vinden. Ik verwacht dit soort gedrag ook niet van hem.

Groeten,
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

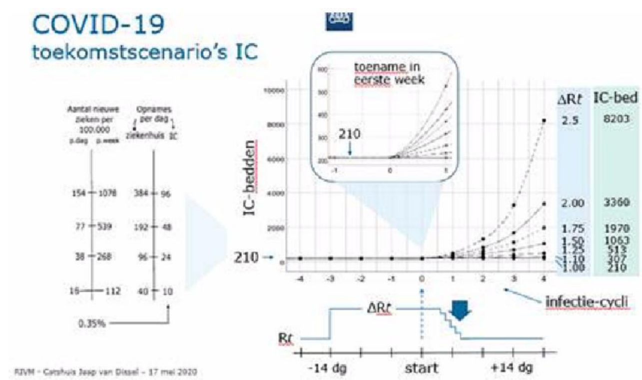

Dubbel

To: (10)(2e) [(10)(2e)@gmail.com]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/19/2020 1:47:18 PM
Subject: RE: Toekomstscenarios IC_JW_SvdH.pptx
Received: Tue 5/19/2020 1:47:18 PM
Toekomstscenarios IC_JW_SvdH.pptx

Het gaat om deze slide hieronder gekopieerd waar (10)(2e) een vraag over had qua aantallen, van Catshuis afgelopen zondag. We zien nu dat je daar met 4 generaties hebt gewerkt met 3, dat verklaart het.

Zie ook nog correct in mijn mail hieronder over drempel (is natuurlijk op basis van aantal nieuwe IC opnames, niet op basis van bezetting). In de slide voor het Catshuis liet je die drempel niet zien; is wel essentieel voor begrip/uitleg.

Groeten
(10)(2e)



From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: dinsdag 19 mei 2020 15:35
To: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Toekomstscenarios IC_JW_SvdH.pptx

Hoi (10)(2e)

Ik heb net (10)(2e) aan de telefoon gehad.

Waarom de piekbelasting bij (10)(2e) berekening minder hoog is dan in jouw berekening is omdat je bij een hogere R eerder opmerkt dat er iets mis gaat / eerder over de drempelwaarde van **AANTAL NIEUWE IC OPNAMES** gaat, en je dus eerder maatregelen instelt. Dus als je uit de groene cellen komt in de tabel op de laatste slide. Daarom is de piek in het aantal bezette bedden bij een R van 2 niet heel veel hoger dan bij een R van 1,5.

Jouw berekening van exponentiele groei met 3 generaties in precies 14 dagen zijnde het aantal nieuwe patienten (en niet bezette bedden; vanwege ook weer uitstroom uit IC) klopt aardig met berekeningen (10)(2e) (10)(2e) merkte wel op dat de getallen die je op 10 mei rondstuurde (10)(2g) aardig overeenkwamen met zijn berekeningen maar de getallen die je later opstuurde niet meer. Blijkbaar heb je iets veranderd? Ik kan die latere getallen zelf niet meer terug vinden...

Groeten,
(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/18/2020 2:02:45 PM
Subject: RE: presentatie ivm evt kamer briefing
Received: Mon 5/18/2020 2:02:45 PM
Toekomstscenarios IC_JW_SvdH.pptx

Ha (10)(2e)
Bij laatste slide nog 1 toevoeging om duidelijk te maken dat het om de piek van de IC bezetting gaat.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 18 mei 2020 16:00
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: presentatie ivm evt kamer briefing

Ha (10)(2e)

Ik kan morgen wel alle geleverde input verzamelen in 1 ppt. (dan kun je zelf makkelijk de volgorde aanpassen en verder aanvullen)
En ik kan evt de cijfers van morgen nog meenemen nadat de dagelijkse update binnen is, dan heb je de meest actuele cijfers woensdag.

Groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 15:28
Aan: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: presentatie ivm evt kamer briefing

Beste (10)(2e)

Hier een suggestie voor de laatste twee slides. Hier een berekening en illustraties van IC capaciteit met een dynamisch model, zodat ook goed is te zien hoe groot de gehele golf is (en niet alleen de eerste generaties). De precieze getallen konden we niet reproduceren, wel getallen die er erg dicht bij in de buurt komen. De slides zijn een coproductie van (10)(2e), (10)(2e) en mij. Hopelijk kan je hier zo mee uit de voeten.

Wat betreft de vergelijking met buitenland:
Uit verschillende bronnen vinden we de dag waarop de piek wordt bereikt in aantal ziekenhuisopnames per dag, en dat kunnen we vergelijken met de dag waarop deze piek werd bereikt in Nederland. De piekdag komt overeen met de dag waarop de Rt waarde door de 1 zakt in onze manier van berekenen (sommige andere landen rapporteren Rt waarden die ahw 5 of 6 dagen verschoven zijn, dus die zijn niet altijd bruikbaar).

(11)(1)

Allemaal nog niet gedubbelchecked, en de lijst is natuurlijk niet compleet (we zijn nog op zoek naar meer landen).

Vriendelijke groeten,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

dubbel

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: covid-19 surveillance[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Thur 5/14/2020 10:41:27 AM
Subject: RE: Overzicht risicogroepen bewijs en beleid - eerste versie OMT stuk - graag zsm jullie input!
Received: Thur 5/14/2020 10:41:27 AM

Dank je wel (10)(2e)
Hopelijk is het niet te veel werk om de kolom heading nog aan te passen naar 'Ziekenhuisopname'?
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 11:42
To: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; covid-19 surveillance <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Overzicht risicogroepen bewijs en beleid - eerste versie OMT stuk - graag zsm jullie input!

Hoi (10)(2e)

Bij deze.

Patiënten jonger dan 70 jaar	In het Ziekenhuisopname opgenomen	%	Overleden	%
Totaal gemeld	4104		302	
Onderliggende aandoening en/of zwangerschap	2404	(58.6)	207	(68.5)
Geen onderliggende aandoening	1251	(30.5)	30	(9.9)
Niet vermeld	449	(10.9)	65	(21.5)

Patiënten jonger dan 70 jaar	In het Ziekenhuisopname opgenomen	%	Overleden	%
Zwangerschap	31	(1.3)	0	(0.0)
Cardio-vasculaire aandoeningen en hypertensie	907	(37.7)	67	(32.4)
Diabetes	519	(21.6)	48	(23.2)
Leveraandoening	34	(1.4)	7	(3.4)
Chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen	77	(3.2)	20	(9.7)
Immuundeficiëntie	52	(2.2)	5	(2.4)
Nieraandoening	110	(4.6)	11	(5.3)
Chronische longaandoeningen	618	(25.7)	49	(23.7)
Maligniteit	202	(8.4)	35	(16.9)
Overig	892	(37.1)	94	(45.4)

Patiënten 70 jaar of ouder	In het Ziekenhuisopname opgenomen	%	Overleden	%
Totaal gemeld	4090		2207	
Onderliggende aandoening en/of zwangerschap	3057	(74.7)	1524	(69.1)
Geen onderliggende aandoening	522	(12.8)	109	(4.9)
Niet vermeld	511	(12.5)	574	(26.0)

Patiënten 70 jaar of ouder	In het Ziekenhuisopname opgenomen	%	Overleden	%
Zwangerschap	0	(0.0)	0	(0.0)
Cardio-vasculaire aandoeningen en hypertensie	1727	(56.5)	807	(53.0)
Diabetes	739	(24.2)	365	(24.0)
Leveraandoening	31	(1.0)	8	(0.5)
Chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen	196	(6.4)	196	(12.9)
Immuundeficiëntie	32	(1.0)	11	(0.7)
Nieraandoening	304	(9.9)	174	(11.4)
Chronische longaandoeningen	724	(23.7)	370	(24.3)
Maligniteit	352	(11.5)	168	(11.0)
Overig	982	(32.1)	617	(40.5)

Note: De percentages in Tabel 2 en 4 worden
berekend vanuit het aantal patiënten voor wie tenminste één onderliggende aandoening is vermeld (Tabel 1 en 3).

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 10:05
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; covid-19 surveillance <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Overzicht risicogroepen bewijs en beleid - eerste versie OMT stuk - graag zsm jullie input!

Ha (10)(2e)

Dank voor je snelle antwoord, heel fijn.

Ik vroeg mij al af hoe dat zat, dus fijn dat je het mij even uitlegt.
In dat geval denk ik eigenlijk dat de tabel die we hebben met <70 jaar gewoon het meest actueel is en dat ik die graag laat staan.

Maar het zou mooi zijn inderdaad als er een tabel bij kan komen tot 10 april uitgesplitst naar leeftijd < 70 en >70.
Dat is dan net wat helderder dan deze tabel zeg maar.
Dus graag!

Heel erg bedankt alvast!
Groet,

(10)(2e)
(10)(2e) NMG
Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)
T +(10)(2e)
M (10)(2e)
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 09:56
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; covid-19 surveillance <(10)(2e)@rivm.nl>

Subject: FW: Overzicht risicogroepen bewijs en beleid - eerste versie OMT stuk - graag zsm jullie input!
Importance: High

Hoi (10)(2e)

Ik ben de aangevraagde tabellen over comorbiditeit aan het produceren.

Tot 10 April mocht de GGD de comorbiditeiten voor alle patiënten melden. Vanaf 11 april melden de GGDen de comorbiditeiten allen maar voor de patiënten overleden jonger dan 70 jaar. Het is dus niet mogelijk om een update cormobiditeiten tabel te produceren voor patiënten van alle leeftijd. Maar ik stuur alvast onze laatste tabellen met een overzicht van de comorbiditeiten onder alle leeftijden voor patiënten tot 10 april gemeld.

Ik zou de onderstaande tabel kunnen maken (dus alleen met patiënten gemeld tot 10 April) uitgesplitst naar <70 en >70.
Zou ik dat doen? Of heb je genoeg aan de onderstaande tabel?

Groet,
(10)(2e)

Onderliggende aandoeningen en/of zwangerschap

Tabel 5a. Aantal bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten, in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten en overleden COVID-19 patiënten met onderliggende aandoeningen en/of zwangerschap[6].

	Totaal	%	Ziekenhuisopname	%	Overleden	%
Totaal gemeld	23097		8197		2511	
Ja	10457	(45.3)	5462	(66.6)	1732	(69.0)
Geen onderliggende aandoening	6311	(27.3)	1774	(21.6)	139	(5.5)
Niet vermeld	6329	(27.4)	961	(11.7)	640	(25.5)

Tabel 5b. Gerapporteerde onderliggende aandoeningen[7] en/of zwangerschap van bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten, in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten en overleden COVID-19 patiënten[6]. Per patiënt kunnen meerdere onderliggende aandoeningen gerapporteerd zijn. De percentages in Tabel 5b worden berekend vanuit het aantal patiënten voor wie tenminste één onderliggende aandoening is vermeld (Tabel 5a).

	Totaal	%	Ziekenhuisopname	%	Overleden	%
Zwangerschap	129	(1.2)	31	(0.6)	0	(0.0)
Cardio-vasc. aand. en hypertensie	4587	(43.9)	2635	(48.2)	874	(50.5)
Diabetes	2075	(19.8)	1258	(23.0)	413	(23.8)
Leveraandoening	92	(0.9)	65	(1.2)	15	(0.9)
Chron. (neuro)musculaire aand.	859	(8.2)	273	(5.0)	216	(12.5)
Immuundeficiëntie	153	(1.5)	84	(1.5)	16	(0.9)
Nieraandoening	729	(7.0)	414	(7.6)	185	(10.7)
Chron. longaandoening	2392	(22.9)	1342	(24.6)	419	(24.2)
Maligniteit	936	(9.0)	554	(10.1)	203	(11.7)
Overig	4178	(40.0)	1874	(34.3)	712	(41.1)

[6] Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten is hoger dan het aantal meldingen in de surveillance, omdat niet iedereen met mogelijke besmetting getest wordt. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding. Ziekenhuisopname na melding is niet altijd bekend. Aan het RIVM wordt niet gemeld wie hersteld is

[7] Totaal voorkomende aand. = Totaal voorkomende aandoeningen, Card. vasc. aand. = Cardio-vasculaire aandoeningen, Chron. (neuro)musculaire aandoening = Chronische neurologische of neuro-musculaire aandoeningen, Chron. longaandoeningen = Chronische longaandoeningen

From: covid-19 surveillance <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 08:50
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: Overzicht risicogroepen bewijs en beleid - eerste versie OMT stuk - graag zsm jullie input!
Importance: High

Hoi (10)(2e) en (10)(2e)
Lukt het jullie om vanochtend vroeg onderstaande 2 tabellen te produceren voor het OMT?
Ik kom het toelichten...
Groetjes van (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

288129

(10)(2e)

dubbel

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/13/2020 9:06:47 AM
Subject: RE: Koren
Received: Wed 5/13/2020 9:06:48 AM

Hoi,

Deze aanpak zou een goed overzicht moeten geven van wat er bekend is. Een andere optie zou nog kunnen zijn om via EWRS/EPIS informatie uit andere landen op te vragen?

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 13 mei 2020 10:47
To: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Koren

Hoi (10)(2e)

Bedankt voor de uitleg. Ik zal een overzicht maken van (social) media berichten over groepsbijeenkomsten en covid uitbraken.

Groeten, (10)(2e)

____
(10)(2e)
(10)(2e)
RIVM, Centre for Infectious Disease Control, Epidemiology and Surveillance
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
The Netherlands
Tel + (10)(2e)
(10)(2e) @rivm.nl

From: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 12 mei 2020 17:54
To: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Koren

Hoi (10)(2e)

Deze uitnodiging was om te overleggen over een stuk dat we voor het OMT moeten maken over de rol van zingen bij verspreiding SARS-CoV-2.

Het idee was om het op te bouwen uit 4 onderdelen:

1. QMRA – quant. Microb. Risk assessment – vanuit Z&O ((10)(2e) (10)(2e)) – dat is een methode die ze bij Z&O vaker doen
2. Literatuur over uitbraken: vanuit eppi.ioe.ac.uk en de EPI/LCI literatuur club: op een rijtje zetten waar uitbraken zijn gedocumenteerd (afgezien van huishoud, instellingen en ziekenhuizen) en dan nagaan hoe vaak zingen daarbij genoemd wordt.
3. (social) media: zoeken naar COVID-19 uitbraken en type groepsbijeenkomsten waar relatief ouderen veel aan deelnemen (koren, orkest, schaakvereniging ,vrouwenbond, ?), en dan het aantal uitbraken per type beschrijven. Eventueel met hulp van comm (Esther Rikkenga?) voor Twitter berichten?
4. Vragenlijst aan GGD-en over settings waar uitbraken zijn geweest

Het idee van (10)(2e) en mij was om jou voor onderdeel 3 te vragen. Heb jij daar tijd voor? Dit document zou af

moeten voor het OMT van 25 mei, dus het heeft wel haast als we het ook nog willen laten lezen door een aantal mensen.

Groet, (10)(2e)

Ps Voorbeelden voor onderdeel 3:
https://www.rtvoost.nl/nieuws/328138/Corona-in-Hasselt-Musicalkoor-extra-zwaar-getroffen-dirigent-ging-door-oog-van-de-naald
https://www.vandaagenmorgen.nl/nieuws/samenzingen-vergroot-risico-corona-besmetting
https://www.gelderlander.nl/overbetuwe/ook-veel-coronagevallen-bij-vrouwenkoor-between-two-rivers-dat-in-elst-repeteerde~ac080406/?referrer=https://www.google.com/
https://www.omroepgelderland.nl/nieuws/2442779/Alle-koorleden-Salvatori-uit-ziekenhuis-na-coronabesmetting
https://www.trouw.nl/verdieping/die-ene-passion-die-wel-doorging-met-rampzalige-gevolgen~b4ced33e/

-----Original Appointment-----
From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 12 mei 2020 17:28
To: (10)(2e)
Subject: Accepted: Koren
When: donderdag 14 mei 2020 16:00-16:45 (UTC+01:00) Amsterdam, Berlin, Bern, Rome, Stockholm, Vienna.
Where:

288137

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Dir Organisatie, Bedrijfsv en Personeel
Afd. CIO kern en informatiemanagement

Ontworpen door
(10)(2e)
(10)(2e) *CIO kern en IM*

T 070-(10)(2e)
M +31(0)6 (10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
7 mei 2020

Kenmerk

Zaaknummer

Bestuursraad

nota

(ter beslissing) Ontwikkelingen videovergaderen

Directeur OBP pSG

---

1 Aanleiding voor deze nota

Videovergaderen heeft afgelopen weken een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Dit vraagt de best mogelijke ondersteuning voor de medewerkers binnen de kaders van het Rijk (veiligheid). En er zijn nu mogelijkheden voor significant betere AV-middelen (intuïtieve vergaderschermen). Met deze nota worden ontwikkelingen toegelicht en vraagt OBP instemming voor de investeringen (van de crisis een kans maken).

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- Instemming met investering in AV-middelen in de Resident, geïntegreerd met Webex. (Voor kosten zie punt 6.)
- Alternatief: voorlopig alleen investeren in AV-middelen voor urgente organisatieonderdelen (zoals BPZ, PG en DICIO).

3 Samenvatting en conclusies

Videovergaderen is sinds kort een onmisbaar onderdeel van ons werk. Om dit goed en veilig mogelijk te maken heeft CIO Rijk samen met de Belastingdienst het gebruik van Webex aangeboden. Inmiddels is vrijwel elke medewerker van het kerndepartement aangesloten op Webex.
Het veiligheidsniveau van deze voorziening wordt voor 1 juni zodanig opgeschroefd dat ook departementaal-vertrouwelijke gesprekken mogelijk zijn, zonder dat de gebruiker hier iets extra's voor hoeft te doen.

Voor de bewindslieden worden moderne vergaderschermen geïnstalleerd die het gebruiksgemak sterk verbeteren. Deze beeldschermen zijn de beste op het gebied van videovergaderen. Ze worden geleverd door (10)(2e), de leverancier van de Webex-software. Daarmee zijn ze volledig compatibel met de Webex-software. Dit heeft tal van voordelen zoals gebruikersgemak en stabiliteit.

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Dir Organisatie, Bedrijfsv en Personeel
Afd. CIO kern en informatiemanagement

Kenmerk

4 Draagvlak politiek

CIO Rijk biedt Webex rijksbreed aan als veilige voorziening voor videovergaderen, geleverd door Belastingdienst. Dit is middels een nota met de Ministerraad gedeeld. Inmiddels maken onze bewindslieden hier intensief gebruik van, ondersteund door Webex-schermen.

5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie

Webex is toegankelijk voor iedereen en heeft een (relatief) betrouwbaar imago. Met de doorontwikkeling van de rijksbrede voorziening zijn vanaf 1 juni ook trainingen en extra modules (voor faciliteren evenementen en trainingen) voor medewerkers op afroep beschikbaar.

Naar verwachting komen naast Webex ook andere veilige voorzieningen beschikbaar, zoals Microsoft Teams Doelstelling is niet "one size fits all". Door deze tools te ontsluiten via het platform van de Belastingdienst zullen deze ook volledig "interoperabel" (technisch geïntegreerd) zijn.

6 Financiële en personele gevolgen

De incidentele kosten bestaan uit de aanschaf en installatie van de schermen:
- Uitrusting kamers BR en BWP met 55 inch scherm:
  (10)(2b)
- Uitrusting A-08-vergaderzalen in Castalia met 70 inch scherm:
  (10)(2b)
- Vervangen huidige VC systeem Crisisruimte 8e verdieping:
  (10)(2b)
- Vervangen huidige VC systeem Ministerszaal:
  (10)(2b)
- Optioneel: 13 x klein scherm in kleine vergaderzalen Castalia:
  (10)(2b)

De totale incidentele kosten voor aanschaf van beeldschermen zijn € (10)(2b) waarvan € (10)(2b) optioneel. (Wellicht is een deel hiervan reeds gefinancierd, wordt besproken met SSC-ICT.)

We richten ons in eerste instantie op de VWS vergaderzalen. Voor de vergadercentra op 4e en 20e trekken we samen op met SZW en de BZK dienstverleners FMH en SSC-ICT.

Voor medewerkers geeft het gebruik van Webex, en videovergaderen in het algemeen, een soms grote verandering. Door OBP en SSC-ICT wordt hulp en ondersteuning aangeboden. Komende weken is hier veel aandacht voor.

Met SSC-ICT werkt OBP aan het upgraden van de vergaderschermen voor de bewindslieden (bij minister De Jonge reeds operationeel). Dit is ook voorzien voor de vergaderzalen op de thuisetages in de Resident (de 08-zalen). Deze upgrade betekent dat interactief vergaderen mogelijk wordt: de camera volgt de sprekers in de zaal; het werkt als touch-screen vergelijkbaar met de gewone devices; en er kunnen ook presentaties worden gedeeld op het scherm.

Daarnaast is OBP in gesprek met SSC-ICT om de vergadervoorziening te ontsluiten op de DWR omgeving , zodat deze dienst volledig geïntegreerd is in

de werkplek van onze medewerkers. Op dit moment is het al mogelijk om vergaderingen te plannen via Outlook en deel te nemen via Skype.

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Dir Organisatie, Bedrijfsv en Personeel
Afd. CIO kern en informatiemanagement

Kenmerk

7 Juridische aspecten haalbaarheid
Betreft rijksbrede voorziening. CIO Rijk en Belastingdienst waarborgen de compliancy op beveiligingseisen. Webex wordt vanaf 1 juni voor departementaal-vertrouwelijke gesprekken geschikt, en voor staatsgeheime gesprekken komt een aparte voorziening.

8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)
- Webex is aangeboden als Rijksbrede voorziening.
- Wordt gebruikt door kerndepartement, IGJ, CIBG, aCBG ZiNL en ZonMw.
- Afstemming met medezeggenschap loopt via de GOR.

9 Gevolgen administratieve lasten
De Belastingdienst verzorgt het contractmanagement van deze dienst. Het aanbod is vrijwillig. Eind mei wordt aan departementen gevraagd of ze formeel gebruik maken van dit aanbod. Hierbij worden ook de kosten inzichtelijk.

10 Toezeggingen
Akkoord op deze nota impliceert instemming met verzoek van CIO Rijk om Webex als standaardvoorziening af te nemen.

11 Fraudetoets
N.v.t.

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) *CIO kerndepartement*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bestuursraad

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Dir Organisatie, Bedrijfsv en Personeel
Afd. CIO kern en informatiemanagement

Ontworpen door
(10)(2e)
(10)(2e)

T 070-(10)(2e)
M +31(0)6-(10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
11 mei 2020

Kenmerk

Zaaknummer

nota

(ter informatie)

Directeur OBP   Paraaf pSG

1 Aanleiding voor deze nota

In opdracht van OBP en BPZ is een projectorganisatie ingericht ten behoeve van de dossiervorming "Hotspot Corona". In bijgevoegd projectplan zijn de doelstelling en projectinrichting beschreven. Na bespreking in (p)BR wordt dit projectplan vastgesteld.

2 Samenvatting en conclusies

Het ministerie van VWS wil nog tijdens de Corona/Covid-19-crisis goede dossiervorming organiseren op alle aspecten van het Corona-dossier. Dit om

1. Tijdens de crisis te beschikken over complete, actuele en betrouwbare informatie voor uitvoering van eigen werkzaamheden, samenwerking met ketenpartners en voor vragen van politiek en burgers;
2. Na de crisis verantwoording af te kunnen leggen over het eigen functioneren, inclusief de inzet van (financiële) middelen hiervoor (waarbij rekening wordt gehouden met de eisen die gesteld worden bij een parlementaire enquête);
3. Na de crisis op termijn een (deel van) het Corona dossier over te dragen aan het Nationaal Archief (de Corona/Covid-19-crisis is benoemd tot een zogeheten hotspot).

3 Belangrijkste punten van informatie

De beschreven projectorganisatie werkt primair voor het kerndepartement. De "hotspot" omvat echter geheel VWS. Vanuit het project vindt daarom afstemming plaats met de concernonderdelen, met aanbod van advisering door de documentaire specialisten. Daarom zal periodiek de (p)BR over de voortgang worden geïnformeerd.

Belangrijke punten van informatie nu:
- VWS is aangesloten bij de rijksbrede projectgroep, onder aansturing van NCTV.
- Er wordt samenwerking opgestart met het WOB-cluster van WJZ.

288140

- We grijpen de prioriteit van deze hotspot aan om instrumenten door te ontwikkelen. Zo vraagt de bewaring van whatsapp-berichten aandacht, in draagvlak en werkwijze. En de archivering van e-mail wordt nu onderzocht, ook in het licht van een structurele oplossing.

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Dir Organisatie, Bedrijfsv en Personeel
Afd. CIO kern en informatiemanagement

Kenmerk

(10)(2e)
(10)(2e) *OBP/CIO*

Raad Volksgezondheid & Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
10)(2e@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadrvs

"Wij zijn er niet voor het makkelijke gesprek"

Bestuurders in gesprek over ruimte voor maatwerk in tijden van corona

8 mei 2020

In het advies *(Samen)leven is meer dan overleven* bepleit de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) meer ruimte voor maatwerk in tijden van corona. Nu voorzichtig een eerste stap wordt gezet richting het versoepelen van de bezoekregeling in instellingen, en zorg en ondersteuning ook in bredere zin weer opgestart worden, is de vraag naar maatwerk heel concreet aan de orde. In twee gesprekken met bestuurders uit verschillen sectoren vroegen we door over hoe maatwerk in de praktijk van de grond komt en wat daarvoor nodig is.

In deze notitie doen we verslag van de gesprekken. Met als doel om inzicht te geven in de kaders waarbinnen bestuurders ruimte willen en kunnen nemen voor hun afwegingen. Maar ook om de minder grijpbare vragen rond maatwerk zichtbaar te maken: hoe om te gaan met angst en onzekerheid bij medewerkers en cliënten (of hun naasten)? Hoe om te gaan met morele dilemma's? En met verschillen? Daarmee is deze notitie een concretisering van wat wij in ons advies 'adaptief bestuur' noemen: een vorm van bestuur die in een onvoorspelbare en complexe realiteit borgt dat er ruimte blijft voor afwegingen over wat van waarde is voor goed en gezond (samen)leven.

Het verschil in (ervaren) ruimte voor maatwerk is groot. Bestuurders uit de VVT-sector worstelen met de uitlegbaarheid van de richtlijnen: de kapper mag weer langskomen, maar familie nog niet. Ze ervaren weinig ruimte om afwegingen te maken die passen bij het specifieke karakter van hun (heel verschillende!) locaties en bewoners. Op locaties met geen besmettingen is zijn de huidige regels moeilijk vol te houden, terwijl ze op locaties met grote uitbraken de contacten van buiten misschien liever nog wat langer zouden willen beperken. Zij pleiten voor een gemeenschappelijk kader dat het maken van dit soort verschillen ondersteunt.

Bestuurders uit VG-sector en sociaal domein ervaren juist relatief veel ruimte om eigen afwegingen te maken. Dat stelt hen voor moeilijke beslissingen, maar biedt wel handelingsperspectief. Bijvoorbeeld om de focus in de komende fase echt te verbreden van een eenzijdig medische insteek (die paste bij de crisisfase) naar een bredere sociaal-maatschappelijke kijk op kwaliteit van (samen)leven van hun cliënten. De verschillen tussen cliënten, groepen en locaties zullen groter worden. Ook deze bestuurders zeggen: een gemeenschappelijk doel of kader helpt daarbij.

Welke elementen kent zo'n gemeenschappelijk kader volgens deze bestuurders?

1. Ruimte voor vakmanschap én oog voor onzekerheid

Breed gedeeld is de observatie dat 'het verdragen van onzekerheid' een belangrijke factor is in de komende tijd. De bestuurders in de VG-sector geven zelfs aan dat zij soms juist strenger zijn dan de gestelde maatregelen, omdat medewerkers anders bang zijn om te komen werken. Een bestuurder vertelt veel aandacht te besteden aan het "ontschuldigen" van medewerkers: zij zijn bang om het virus naar binnen te brengen en aan die angst proberen ze vanuit de organisatie echt iets te doen.

Deze bestuurders ervaren dat bezorgdheid onder medewerkers (en zeker ook onder cliënten en hun naasten) gevoed wordt door de media en door de communicatie vanuit de overheid. De onduidelijkheid over de toegevoegde waarde van mondkapjes, bijvoorbeeld, brengt onrust – en dat belemmert ruimte voor maatwerk. Ook het lang uitblijven van voldoende snelle testcapaciteit heeft de onzekerheid op de werkvloer geen goed gedaan. Positief geformuleerd: als randvoorwaarden zoals persoonlijke beschermingsmiddelen en testcapaciteit wél op orde zijn, dan vergroot dat juist het handelingsperspectief van medewerkers.

Uiteindelijk komt maatwerk daarop neer: op het vakmanschap van professionals die met cliënten werken. Zij kunnen als geen ander in samenspraak met cliënten inschatten wat haalbaar, wenselijk en/of nodig is. Bijvoorbeeld: kan een jonge gehandicapte man leren om 1,5 meter afstand te houden in de supermarkt? Zo ja, dan kan daaraan gewerkt worden. Zo niet, dan is een andere oplossing nodig. Het faciliteren, coachen en begeleiden van dit type vakmanschap is een belangrijke bestuurlijke opdracht. Niet alleen binnen een zorgorganisatie, maar (afhankelijk van de cliënten) juist ook in verbinding met scholen, mantelzorgers, partners in de wijk en andere zorgaanbieders in de regio. De bestuurders zien dat de verbinding tussen vele sectoren sterker wordt en juichen dat toe. De verbinding met de curatieve zorg loopt daar overigens in achter.
De focus op vertrouwen in plaats van op 'beheersen' helpt bij het faciliteren en begeleiden van vakmanschap. De overheid kan daar een rol in hebben door minder in te zetten op controle en meer uit te stralen dat we moeten leren leven met dit virus. Dat maakt het makkelijker om onzekerheden bespreekbaar te maken.

2. Omgaan met diversiteit

Sommige bestuurders doen het al, andere zouden het graag willen: onderscheid maken tussen verschillende groepen, afdelingen en/of locaties waar het de coronamaatregelen betreft. Om de simpele maar fundamentele reden dat de ene cliënt de ander niet is, en de ene sector de andere niet. De kernvraag daarbij is wel: hoe gaan we om met de verschillen die dan ontstaan? En: hoe maken bestuurders een afweging in verbinding met anderen, wetende dat individuele/lokale vrijheden ook collectieve/regionale gevolgen kunnen hebben?

Het helpt om duidelijke afspraken te maken over *met wie* bestuurders het gesprek voeren. Sturen op proces in plaats van op uitkomsten dus. Die afspraken kunnen lokaal gelden, maar ook per regio (bijvoorbeeld onder begeleiding van de directeuren publieke gezondheid volgens de GGD-GHOR indeling). Daarbij kan onderscheid gemaakt worden naar besmettingsgraad. Dus voor locaties waar nog helemaal geen besmettingen zijn geldt een ander besluitvormingsproces dan voor locaties waar een grote uitbraak is (geweest). Een dergelijke "beslisboom" voor het regionaal of lokaal op- en afschalen van maatregelen vergt proactief meedenken vanuit de GGD, maar ook vanuit regionale ziekenhuizen. Sommige bestuurders ervaren dat het daar nu nog stagneert.

Terwijl juist die brede verbinding bijdraagt aan het voorkomen van *group thinking*. Versoepelen alleen maar omdat de maatschappelijke druk toeneemt is net zo zeer geen maatwerk leveren als onder druk helemaal dicht gaan. Lokale en regionale bestuurlijke verbanden kunnen helpen om onzekerheden te benoemen en elkaar te ondersteunen bij het nemen en uitleggen van complexe besluiten. Bijvoorbeeld wanneer na versoepeling van maatregelen toch een uitbraak van het virus volgt. Het is steeds weer nodig om te ervaren dat je in een afwegingskader beweegt en dat beslissingen daarin nooit zwart-wit zijn. Dit geldt overigens zeker ook op de dagelijkse werkvloer.

In dit opzicht is er veel waardering voor de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ). Die neemt sinds de crisis initiatief om regelmatig – soms zelfs wekelijks – te inventariseren hoe het gaat. Niet vanuit wantrouwen, maar vanuit vertrouwen: wat heb je nodig, waar loop je tegenaan? Om vervolgens gericht coaching en begeleiding aan te bieden waar

dat mogelijk kan helpen. Een dergelijke vorm van 'toezicht' biedt ruimte om besluiten te nemen die passen bij de waarden waar een organisatie voor staat, en toont begrip voor het feit dat dit ook per cliënt, groep, afdeling of locatie kan verschillen.

3. Morele dilemma's en legitimering van maatwerk

Maatwerk leidt tot permanent afwegen en overwegen, vanuit het volle besef dat kwaliteit van leven voor de één in een instelling is verbonden met kwaliteit van leven van anderen. Bijvoorbeeld wanneer een vrouw met ALS in het verpleeghuis nu kiest voor isolatie om straks nog zo veel mogelijk tijd met haar gezin door te kunnen brengen. Het (deels) openen van het huis voor bezoek – uit zorg om andere cliënten en hun naasten – maakt dat ook zij weer meer risico's loopt. Of wanneer een kind met een ernstige meervoudige beperking niet begrijpt wat quarantaine betekent en boos en agressief op de situatie reageert. En actueel in de setting van verpleeghuizen of bij terminaal zieken: ten koste van wat en voor hoe lang moet je mensen in hun laatste levensfase willen beschermen tegen besmetting? Dit zijn morele dilemma's. Hoe ga je daar mee om?

Verschillende bestuurders geven aan dat ze vanaf het begin geprobeerd hebben om gevoel te krijgen bij dat het niet zwart-wit is. En dus om zicht te krijgen op de morele dilemma's die aan de orde zijn. Een bestuurder vertelt dat ze al snel zeven morele dilemma's hebben benoemd en die via posters hebben verspreid. De poster is als kapstok voor het goede – zij het moeilijke – gesprek gaan fungeren. Juist ook in de wandelgangen of in de afstemming met cliënten en hun naasten. Een andere bestuurder vertelt dat zij wekelijks 'moreel beraad' houdt met een brede kring van medewerkers, cliënten, ethici, gedragsdeskundigen, etc. Dat beraad biedt houvast voor zowel degenen die de afwegingen moeten maken als voor degenen die met de uitkomsten van de afwegingen moeten leven. Casuïstiek uit de dagelijkse praktijk wordt gebruikt als spiegel om zo'n gesprek te voeren.

Tijd voor reflectie dient op twee manieren als een soort steunstructuur. Het is een *countervailing power* tegen willekeurige beslissingen op casusniveau – waardoor daar juist extra veel ruimte voor maatwerk ontstaat. En het is een manier om betrokkenen op alle niveaus mee te nemen in de complexiteit van de afwegingen die ieder van hen tegenkomt. De tolerantie voor verschillende uitkomsten neemt daardoor toe.

4. Kennis delen en kennis opbouwen

Kennis delen kan enorm steunend zijn in een onzekere, complexe setting. Een arts die uitlegt aan medewerkers hoe zij het virus kunnen verspreiden en waar ze dus op moeten letten geeft rust. Kleine werkgroepjes die op een deelthema kennis verzamelen bieden een gedeelde basis voor handelen. Zeker als er daarna ook een discussie wordt gestart over wat die informatie voor de specifieke dagelijkse praktijk van een groep, afdeling of locatie betekent. De toegepaste kennis over hoe om te gaan met een infectieziekte A, bijvoorbeeld qua inzet van beschermingsmiddelen of isolatie van besmette cliënten, is groeiende. Dus op "doe" niveau gaat het best goed.

Maar kennis op een scherper, fundamenteler niveau (namelijk: waar doe ik nu goed aan en waarom?) is nog altijd beperkt. Academische inzichten in en data over de verspreiding en het verloop van besmettingen vinden maar moeizaam hun weg naar andere sectoren dan de curatieve zorg. Terwijl die inzichten wel zouden kunnen helpen bij het maken van bestuurlijke en professionele afwegingen. Deze kennis kan dus nog beter toegankelijk gemaakt worden.

Meer centrale regie op kennis en kennisontwikkeling kan hierbij helpen. Als een gids die richting geeft in een onbekend land. Juist met oog op de komende fase is dat relevant. Bijvoorbeeld: effectonderzoek naar de versoepeling van bepaalde maatregelen levert belangrijke informatie op voor toekomstige afwegingen over op- en afschalen van

diezelfde maatregelen. En überhaupt is er de gedeelde behoefte om *lessons learned* te verzamelen en te delen, over de grenzen van instellingen en sectoren heen. Daarbij blijft oog voor de eigenheid van verschillende sectoren heel belangrijk en geldt ook de waarschuwing dat monitoren maatwerk juist ook de das om kan doen, namelijk als het gebeurt vanuit de behoefte om de situatie te controleren.

Tot slot: "wij zijn er niet voor het makkelijke gesprek"

De bestuurders die wij spraken durven de verantwoordelijkheid voor maatwerk meer dan aan. Het gemeenschappelijke kader dat hen daarbij helpt kent een aantal elementen:

- Praktische randvoorwaarden op het gebied van bijvoorbeeld persoonlijke beschermingsmiddelen, begeleiding van bezoekers en testbeleid komen het vakmanschap op de werkvloer ten goede. Sterker nog: het zijn onmisbare voorwaarden om in de praktijk vanuit vertrouwen maatwerk te kunnen leveren.
- De besluiten die bestuurders nemen inzake coronamaatregelen moet passen bij de waarden waar hun organisatie voor staat. Ze kunnen daarom per cliënt, groep, afdeling of locatie verschillen.
- Tijd voor 'moreel beraad' – in welke vorm dan ook – biedt tegenwicht aan willekeur en een steun in de rug bij moeilijke beslissingen op alle niveaus.
- Kennis helpt bestuurders (en professionals) om beter te kunnen inschatten waar ze goed aan doen. Het is daarom van belang dat die kennis breder en makkelijker toegankelijk wordt.

Bestuurders zijn er net als professionals niet voor het makkelijke gesprek: dat geldt altijd al, maar nu in het bijzonder. In dat gesprek kan het schuren, vertellen de bestuurders. Met en tussen cliënten(raden), met familie, met medewerkers, met externe stakeholders, financiers en toezicht. De crisis biedt hen een kans om nieuwe vormen van eigenaarschap en (mede)zeggenschap te verkennen. Zowel binnen als tussen organisaties. In die dynamiek kunnen bestuurders het voortouw nemen om te zoeken naar gedeelde waarden. Dat past bij adaptief bestuur en biedt ruimte om tot maatwerk te komen – op alle niveaus en voor alle betrokkenen – omdat gedeelde waarden de onderlinge dialoog en het wederzijds vertrouwen voeden.

Achtergrond & deelnemers:

Een van de aanbevelingen in het RVS advies *(Samen)leven is meer dan overleven* luidt: laat zorgorganisaties in overleg met medewerkers, cliënten en hun naasten tot een gepaste bezoekregeling te komen. Die afweging vindt plaats binnen kaders, waarbij het risico op besmetting één van de relevante aspecten is (en niet het enige). Deze aanbeveling doen we vanuit een breder pleidooi voor het 'sturen' op ruimte voor maatwerk, op basis van vertrouwen in een gedeeld verantwoordelijkheidsbesef bij burgers, professionals en organisaties. Doel van bijeenkomsten was om met een aantal bestuurders van gedachten te wisselen over hoe het 'sturen' op ruimte, vertrouwen en maatwerk er in de komende periode uit kan zien.

Aan de gesprekken hebben deelgenomen:

— (10)(2e) (Omring en (10)(2e) KennisRing RVS)
— (10)(2e) (WilgaerdenLeekerweideGroep en (10)(2e) KennisRing RVS)
— (10)(2e) (Stichting tanteLouise en (10)(2e) ActiZ)
— (10)(2e) (Raphaelstichting en (10)(2e) KennisRing RVS)
— (10)(2e) (Philadelphia en (10)(2e) RVS)
— (10)(2e) (Ouder Kind Teams Amsterdam)
— (10)(2e) (Reinaerde)
— (10)(2e) (10)(2e) (Beweging 3.0, raadslid RVS)
— (10)(2e) (RadboudUMC, (10)(2e) RVS)
— (10)(2e) (10)(2e) RVS)
— (10)(2e) (10)(2e) RVS)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/13/2020 6:38:39 AM
Subject: https://mrc-ide.github.io/covid19estimates/#/details/Netherlands
Received: Wed 5/13/2020 6:38:39 AM

Goedemorgen (10)(2e)

Ik was vergeten je dit te sturen gisteren: dit zijn grove schattingen per land van Imperial College van R gerelateerd aan interventies.
Wat ik gisteren stuurde was een website die alleen interventies liet zien per land, waar je ook aantal meldingen kon zien over dezelfde tijdsperiode zonder dat ze deze met berekeningen aan elkaar koppelden.
Het grote nadeel van deze centrale schattingen over vele landen zoals Imperial en anderen maken is dat ze zich noodzakelijkerwijs baseren op meldingen van ziekte en sterfte, meestal op meldingsdatum. En dus moeten schatten wat de gemiddelde vertraging is op landniveau, in plaats van dit op record-niveau te berekenen, zoals (10)(2e) doet voor NL.
Het artikel https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-13-europe-npi-impact/ ligt aan de basis van deze website.

Groeten,
(10)(2e)

288170

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/8/2020 6:14:16 PM
Subject: RE: Overzicht teams
Received: Fri 5/8/2020 6:14:16 PM

Hoi (10)(2e)

(10)(2e) gaat in het Catshuis benoemen dat Nivel een officiele opdracht nodig heeft vanuit VWS om uit te kunnen breiden.

Groeten,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/8/2020 5:47:55 PM
Subject: RE: landelijke richtlijnen en verspreiding covid-19 in ziekenhuizen
Received: Fri 5/8/2020 5:47:55 PM

Hoi (10)(2e)
Sorry dat ik hier helemaal niet op gereageerd heb... Dank voor het delen. Dit onderwerp is een ongoing discussie bij LCI en in OMT.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 14 april 2020 10:00
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: landelijke richtlijnen en verspreiding covid-19 in ziekenhuizen

Beste (10)(2e)

Vanmorgen hebben we SO-ZI/AMR overleg gehad. Daarin hebben we gesproken over een melding van een nosocomiale uitbraak van COVID-19 in een ziekenhuis op een afdeling interne geneeskunde. Deze melding is gedaan aan het reguliere signaleringsoverleg en in het verslag opgenomen op donderdag 2 april. Ze hebben het niet nog eens apart bij SO-ZI/AMR gemeld. Een van de zaken die de arts-microbioloog (AM) uit het betreffende ziekenhuis (10)(2e) me vertelde, en wat vanmorgen ook weer ter sprake kwam, was het verschil in beleid in ziekenhuizen ten aanzien van persoonlijke beschermingsmiddelen. In dit ziekenhuis dragen ze geen mondkapjes op afdelingen waar geen corona-patienten zijn opgenomen. Derhalve heeft dat mogelijk bijgedragen aan deze uitbraak (mogelijk /waarschijnlijk overdracht van een van de zorgverleners naar in ieder geval 8 andere verpleegkundigen en 3 patienten). In het gesprek vanmorgen kwam vanuit (10)(2e) ook een signaal dat zij denken dat er enkele gevallen van nosocomiale verspreiding zijn, hoewel aanvullende analyses (van de virus-sequenties) nog volgen. Vanmorgen is besproken dat er berichten zijn dat er ook ziekenhuizen zijn waar bij ALLE patientenzorg (ook niet-corona) (chirurgische) mondkapjes worden gedragen, en dat dit beleid dus per ROAZ-regio zou verschillen. Dan gaat het over: welke beschermingsmaatregelen bij welke patienten-afdelingen, wanneer, door wie, hoe lang nadat een zorgmedewerker zelf COVID heeft gehad, of alle zorgmedewerkers, etc.

Volgens mij is dit wel een bekend probleem, namelijk de regionale verschillen en het gebrek aan een landelijk beleid, of althans het niet landelijk opvolgen van een beleid dat mogelijk niet helder is. Ik begreep ook dat er vanuit de FMS een 'expertgroep "Infectiepreventie"' actief is om zich hiermee bezig te houden, samen met o.a. de NVMM, onder leiding van (10)(2e) (soort 'spoed-sri' denk ik, of misschien is het wel de echte nieuwe sri die nu versneld in actie komt?).

Maar ik wilde het toch nog even bij je onder de aandacht brengen. Zou dit iets zijn wat in het OMT besproken moet worden, of althans bekend moet zijn (of allang is)? Ik neem aan dat LCI hier ook al mee bezig is, of dat zij in ieder geval betrokken zijn bij de voornoemde expertgroep, maar weet dat niet zeker.

Vriendelijke groet,
(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/7/2020 10:25:44 AM
Subject: RE: Overzicht teams
Received: Thur 5/7/2020 10:25:44 AM

Hoi,

Met ToR bedoel ik meer een summiere beschrijving taken (R en T team kunnen we vragen dit zelf aan te leveren) en per team gevraagde tijdsinvestering per persoon (kan het een paar dagen per week of full-time) en aantal benodigde personen. Over capaciteit staat wel in je excel-file maar moet even uitgeschreven worden, naast beschrijving taken. Dan hebben we iets dat we rond kunnen sturen en voor kunnen leggen aan mensen.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 7 mei 2020 11:14
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Overzicht teams

We zouden inderdaad ook onderzoek moeten doen naar risicofactoren voor infectie, verspreiding, en ernstig beloop. Dat wordt voor een deel gedaan binnen I-MOVE COVID, waar (10)(2e) bij betrokken is. Vanuit I-MOVE is er al een uitgebreid protocol met alle relevante variabelen. Dat is voor toepassing in de peilstations, maar zou net zo goed in de teststraten gebruikt kunnen worden. (10)(2e) kan dus aansluiten bij de O groep.

Er zijn ook voor risicofactor analyse nog twee belangrijke ontwikkelingen: (1) Ik zag in het verslag OMT en Kamerbrief dat de Nivel peilstations uitgebreid moeten worden. Ben benieuwd of dat ook als formele opdracht vanuit VWS bij Nivel wordt neergelegd (de financiering van de peilstations gaat buiten RIVM om, muv jaarlijkse bonus voor huisartsen als ze veel testen); (2) Hoe gaat het met die teststraten vanaf 1 juni als iedereen met klachten getest gaat worden?

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 7 mei 2020 10:41
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Overzicht teams

Hoi, ja, die ToR had ik globaal in de excel gezet. Eigenlijk hoort er nog een groepje bij, die zich richt op uitbraakonderzoek en onderzoek naar risicofactoren voor verspreiding (bv test negative design met vragenlijsten in de teststraten).

Dat kan het E team ook doen, maar dan moet daar nog wel iemand bij denk ik.

Is de ToR zo voldoende duidelijk of wat te summier? Dan is inderdaad volgende stap rondsturen aan huidige team.

Groet, (10)(2e)

PS voor het S team is het misschien ook goed om nog iemand uit de staf erbij te vragen. (10)(2e) had zich aangemeld, heb even wat meer namen erbij gezet

Team	ToR
O	Verdiepend Onderzoek
E	Verdiepende surveillance en uitbraakonderzoek
T	Vragen van externen / communicatie

R	Sitrep
R support	R script support
M	Modellering
S	Supervisie

R	R assist	T	E	M	O	S
(10)(2e)	(10)(2e)	(10)(2e)	?	(10)(2e)	(10)(2e)	(10)(2e)
(10)(2e)	(10)(2e)	(10)(2e)	?	(10)(2e)	(10)(2e)	(10)(2e)
(10)(2e)		(10)(2e)	?	(10)(2e)	(10)(2e)	(10)(2e)
(10)(2e)		(10)(2e)		(10)(2e)		
(10)(2e)		(10)(2e)		(10)(2e)		
		(10)(2e)		(10)(2e)		
(10)(2e)						(10)(2e)?
(10)(2e)						(10)(2e)?
(10)(2e)		(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)				(10)(2e)?
		(10)(2e)				

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 6 mei 2020 20:05
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Overzicht teams

Hoi (10)(2e),

Ik dacht dat we hadden besproken dat we ToR zouden maken voor de verschillende teams en op basis daarvan een uitvraag doen? Eerst bij huidig team, en dan breder.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 14:49
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e)

288180

(10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Overzicht teams

Hoi, hier een concept over de teaminvulling – zoals net besproken in de staf.

We zouden hier voor de komende 4 maanden een planning voor kunnen maken – waarbij mensen na 2 maanden kunnen wisselen of eruit kunnen.

Als wij het ermee eens zijn, zouden we het kunnen delen met iedereen die hierop staat – om na te gaan waar ze zichzelf zien voor de komende 4 maanden – voorkeur kunnen ze dan doorgeven, nadat afgestemd met AH.

De namen in italic waren suggesties net, hopelijk komen daar nog wat meer namen voor.

Suggesties welkom

(10)(2e)

Oplegger politieke Vijfhoek 12/5: Effect Coronacrisis op arbeidsmarkt

- De notitie analyseert de impact van de economische schok door de Coronacrisis op de arbeidsmarkt voor verschillende groepen en sectoren; waarbij het gebleken is lastig te differentiëren tussen het 'reguliere' effect van de economische crisis op de arbeidsmarkt en het effect van de contactbeperkende maatregelen.
- Direct gevolg van de coronacrisis en de contactbeperkende maatregelen is een oplopende werkloosheid waarbij tegelijkertijd de kwetsbaarheid van de flexibele schil en zelfstandigen zichtbaar is geworden. De toegenomen flexibilisering maakt dat de economische schok sneller leidt tot een stijgende werkloosheid.
- Met name jongeren, praktisch geschoolden en mensen met een (niet-westerse) migratie achtergrond worden getroffen door werkloosheid. Alle sectoren in de economie worden geraakt, maar de impact is het grootst op de horeca, cultuur, recreatie, handel, zakelijke dienstverlening, vervoer, industrie en delen van de landbouw (met name de sierteelt).
- De lengte en de diepte van de recessie vragen om verschillend arbeidsmarktbeleid. Het crisispakket van het kabinet ondersteunt bedrijven en zelfstandigen op de korte termijn om te zorgen dat werkgelegenheid zoveel mogelijk behouden blijft ('labour hoarding') en inkomens op peil blijven.
- Ondertussen wordt steeds duidelijker dat deze crisis zeer diep zal zijn, blijvende gevolgen zal hebben en dat de economie zich zal moeten aanpassen. Op de langere termijn is 'labour hoarding' niet langer houdbaar of nuttig voor bedrijven en moet de aandacht van werkenden verschuiven naar het zoeken naar nieuw werk. Banen en bedrijven zullen verdwijnen en op andere plaatsen zal nieuwe werkgelegenheid ontstaan.
- In de ambtelijke vijfhoek leverde de houdbaarheid en timing van maatregelen om werkgelegenheid op peil te houden discussie op. Mogelijk zijn we al op punt beland waarbij er verder vooruit gekeken moet worden en actiever ingezet moet worden op herstructurering economie en aanjagen dynamiek arbeidsmarkt.

Bespreekpunt 1: Hoe lang doorgaan met steunmaatregelen om de werkgelegenheid op peil te houden, wanneer is het tijd om over te stappen op beleid voor herstructuring economie en aanjagen dynamiek arbeidsmarkt?

Bespreekpunt 2: Wat betekent dat voor de inzet van het kabinet de komende maanden?

- Er treden negatieve permanente effecten op qua loon- en productiviteitsniveau bij aanhoudende werkloosheid. Een individu geeft een signaal af aan werkgevers dat hij of zij minder productief is ("signalling effect") en werkloosheid verleidt werkzoekenden om een lager loon te accepteren. Op de lange termijn kunnen individuen door hoge werkloosheid ontmoedigd raken om naar werk te zoeken en stoppen met meedoen op de arbeidsmarkt. Aanhoudende werkloosheid raakt tevens andere kwetsbare groepen in de samenleving zoals mensen met een arbeidsbeperking en niet-werkenden. Daarnaast treedt skill mismatch op: werklozen die van beroep wisselen benutten vaak in hun nieuwe werk een deel van hun aanwezige vaardigheden niet meer, waardoor deze verloren gaan en hun productiviteit en loon permanent afnemen.
- Huidige trends zullen doorzetten en worden wellicht versterkt of versneld door de coronacrisis en de recessie die daaruit volgt, zoals digitalisering, reshoring en thuiswerken. Dit biedt tegelijkertijd kansen voor nieuwe werkgelegenheid of verbeterde mogelijkheden om werktijd in te delen.
- Reeds geïdentificeerde strategische opgaven zijn nu pregnanter, zoals de toenemende flexibele schil en de opgave op het gebied van duurzaamheid en klimaat (mogelijke eisen voor vergroening in ruil voor steun) omdat ze sterke invloed hebben op de verdeling van de lusten en de lasten van deze crisis.

288183

Memo Vijfhoek effect Coronacrisis op arbeidsmarkt

Inleiding
- In deze notitie worden de arbeidsmarkteffecten van de Coronacrisis besproken. Deze notitie heeft een zoveel mogelijk feitelijke benadering. De notitie analyseert de directe impact van de economische schok door de Coronacrisis op de arbeidsmarkt, geeft de effecten weer van aanhoudende werkloosheid en geeft een doorkijkje naar trends en kansen op de arbeidsmarkt voor de lange termijn.
- De doorwerking van de Coronacrisis is anders voor verschillende groepen op de arbeidsmarkt en raakt bepaalde sectoren harder dan andere. Hierdoor komen er een aantal knelpunten bloot te liggen die in deze notitie worden geduid en voorzien van aangrijppunten voor toekomstig beleid.
- Deze notitie vormt de basis voor de verdere uitwerking van beleidsopties. Concrete beleidsopties worden in dit memo niet beschreven. In de Vijfhoek wordt op een later moment gesproken over structurele economische aanpassingen; hierin worden beleidsopties voor de arbeidsmarkt en sociale zekerheid meegenomen.

Kernpunten
Onze analyse identificeert de volgende knelpunten:
- Korte termijn: werkloosheid en kwetsbaarheid van de flexibele schil (incl. zzp);
- Middellange termijn: aanhoudende/stijgende werkloosheid en skill mismatch;
- Lange termijn: eventuele versnelling van trends als verdere flexibilisering, de-globalisering, digitalisering en de klimaat- en energietransitie.

Arbeidsmarkt pre-Corona
- De arbeidsmarkt voor de uitbraak van de Coronacrisis werd gekenmerkt door historisch lage werkloosheid en krapte.
- Het aantal flexwerkers en zzp'ers is in de afgelopen jaren flink opgelopen. Zzp'ers vormen een diverse groep en de inkomensspreiding is aanzienlijk. Opgebouwde buffers van sommige zzp'ers zijn niet genoeg om een aantal maanden zonder inkomsten door te komen. Flexwerkers hebben vaak een minder sterke arbeidsmarktpositie; lager opgeleiden, jongeren en mensen met een (niet westerse) migratieachtergrond werken vaker op basis van een flexibel contract. Met name in de horeca, detailhandel en schoonmaak wordt er veel gewerkt met flexibele arbeidsrelaties.

Economische schok
- De economische schok van de Coronacrisis heeft vergaande gevolgen, maar het soort schok is lastig van elkaar te onderscheiden. De impact van de economische schokken is sectorafhankelijk. Sommige sectoren zijn volledig tot stilstand zijn gekomen (horeca, toerisme, cultuur, etc.), waar andere sectoren op korte termijn een vraagtoename zien (online retail, supermarkten, etc.). Deze toename vlakt op de middellange termijn af. Bij het herstel kan sprake zijn van inhaalgroei, wanneer uitgestelde non-essentiële consumptie wordt ingehaald. Inhaalgroei is minder te verwachten voor dienstverlening.
- Over het algemeen hangt de impact op de Nederlandse economie af van de snelheid waarmee het virus wordt bestreden, de duur van de inperkingsmaatregelen en het aanpassingsvermogen van de economie.

Schok voor arbeidsmarkt
- De aanbodschokken raken de arbeidsmarkt direct. Mensen werken minder, niet of op een andere manier, vanwege (verplichte) sluitingen, omdat zij thuisblijven vanwege hun gezondheid of omdat zij zorgtaken verrichten. Het arbeidsaanbod ligt daardoor direct lager, zowel in termen van uren als in termen van productiviteit. Ook aan de vraagzijde wordt de arbeidsmarkt direct geraakt.
- Historisch gezien reageert de Nederlandse arbeidsmarkt vertraagd op schommelingen in het BBP als gevolg van labour hoarding, maar een direct gevolg van de coronacrisis en de

contactbeperkende maatregelen is een oplopende werkloosheid waarbij tegelijkertijd de kwetsbaarheid van de flexibele schil en zelfstandigen zichtbaar is geworden.

- De centraliteit van sectoren, de omvang van een sector en de aanwezigheid van sectorspecifieke skills spelen een rol bij het al dan niet nemen van sectorspecifieke maatregelen om het effect van de Coronacrisis tegen te gaan. Hoe centraler een sector, hoe meer een schok doorwerkt naar de gehele economie. Hoe meer een getroffen sector (skill-)gerelateerd is aan een andere sector, hoe groter de mogelijkheden zijn voor intersectorale arbeidsmobiliteit. Deze mogelijkheden bepalen de veerkracht van de arbeidsmarkt.
- De dienstensector wordt nu al hard getroffen. Daarnaast wordt nu ook de industrie getroffen, mede door wegzakkende wereldhandel waarvan Nederland, als kleine, open economie, bovengemiddeld veel last heeft.
- Een verdere oploop van de werkloosheid wordt verklaard door het niet-verlengen van tijdelijke contracten en doordat starters, door wegvallende arbeidsvraag, minder snel een baan kunnen vinden. Hiermee wordt een bredere groep (potentiële) werkenden geraakt.
- De toegenomen flexibilisering maakt dat de economische schok mogelijk sneller leidt tot een stijgende werkloosheid. De verwachting is dat in eerste instantie met name flexwerkers, schoolverlaters en laagopgeleiden geraakt zullen worden door de economische gevolgen van de coronacrisis.
- Doordat flexwerkers en laagopgeleide zzp'ers vaak weinig spaargeld hebben kan dit het consumptie- en spaargedrag drukken en leiden tot een toename in betalingsproblemen. De groep met een verlies van inkomen is groter dan zichtbaar is in werkloosheidscijfers.
- Uit doorrekeningen van Panteia blijkt dat de horeca, cultuur, recreatie, handel, zakelijke dienstverlening, vervoer, industrie en delen van de landbouw de grootste impact van de coronacrisis (gaan) ondervinden. De verwachting is dat flexwerkers in deze sectoren als eerste hun baan zullen verliezen.

Effecten aanhoudende werkloosheid

- De lengte en de diepte van de recessie vragen om verschillend arbeidsmarktbeleid. Het crisispakket van het kabinet ondersteunt bedrijven en zelfstandigen op de korte termijn (3 maanden) om te zorgen dat werkgelegenheid zoveel mogelijk behouden blijft.
- Op de lange termijn is 'labour hoarding' niet langer houdbaar of nuttig voor bedrijven en/of kan de aandacht van werkenden verschuiven naar het zoeken naar nieuw werk. Ondertussen wordt steeds duidelijker dat deze crisis blijvende gevolgen zal hebben en dat de economie zich zal moeten aanpassen. Banen en bedrijven zullen verdwijnen en op andere plaatsen zal nieuwe werkgelegenheid ontstaan.
- Er treden negatieve permanente effecten op qua loon- en productiviteitsniveau bij werkloosheid. Een individu geeft een signaal af aan werkgevers dat hij of zij minder productief is ("signalling effect") en werkloosheid verleidt werkzoekenden om een lager loon te accepteren. Op de lange termijn kunnen individuen door hoge werkloosheid ontmoedigd raken om naar werk te zoeken en stoppen met meedoen op de arbeidsmarkt. Aanhoudende werkloosheid raakt tevens andere kwetsbare groepen in de samenleving zoals mensen met een arbeidsbeperking en niet-werkenden. Veel mensen in deze groepen functioneren als het ware als een "reserve labour force": zij worden de arbeidsmarkt opgetrokken in krappe tijden, maar worden ook als eerste weer ontslagen.
- Daarnaast treedt skill mismatch op: werklozen die van beroep wisselen benutten vaak in hun nieuwe werk een deel van hun aanwezige vaardigheden niet meer, waardoor deze verloren gaan en hun productiviteit en loon permanent afnemen. Zodra er veel vaste matches (permanent) worden verbroken, kan dit leiden tot een langdurig en kostbaar reallocatieproces op de arbeidsmarkt, waarbij veel werklozen per saldo vaardigheden zullen verliezen.

Trends en kansen arbeidsmarkt lange termijn

- De impact van de coronacrisis wereldwijd en de verwevenheid van Nederlandse economie met het buitenland maakt dat de gevolgen voor de Nederlandse economie mogelijk groter en blijvender zijn dan na voorbije crises.

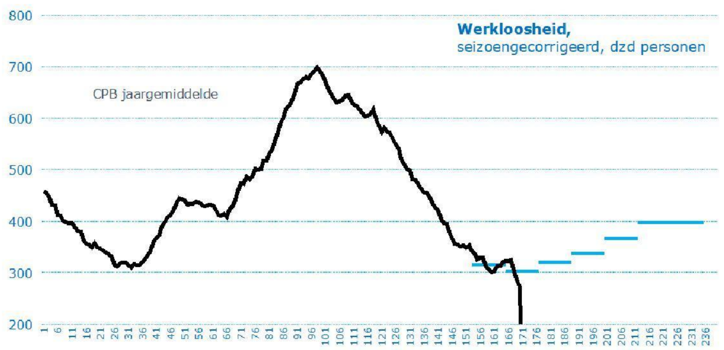
- Bepaalde trends zullen doorzetten en worden wellicht versterkt of versneld door de coronacrisis en/of de recessie die daaruit volgt, zoals digitalisering, reshoring en thuiswerken. Dit biedt tegelijkertijd kansen voor nieuwe werkgelegenheid of verbeterde mogelijkheden om werktijd in te delen.
- Reeds geïdentificeerde strategische opgaven nu pregnanter, zoals de toenemende flexibele schil en de opgave op het gebied van duurzaamheid en klimaat omdat ze sterke invloed hebben op de verdeling van de lusten en de lasten van deze crisis. De crisis biedt hier kansen, zoals het verbinden van vergroeningseisen aan steunmaatregelen, maar tegelijkertijd is het vraagstuk van timing complex.

Mogelijke discussiepunten:
- **Deelt u de conclusies in dit stuk? Missen er knelpunten? Gaat u akkoord met uitwerken van concrete beleidsopties (als onderdeel binnen notitie structurele economische aanpassingen)?**
- **Hoe lang blijft 'labour hoarding' een economisch verstandige keuze en wanneer wordt het verbreken van arbeidsrelaties en het daarmee aanjagen van arbeidsmarktdynamiek verstandiger, met mogelijk tijdelijk hogere werkloosheid en/of groepen die hun afstand tot de arbeidsmarkt zien toenemen als gevolg?**

1. Overzicht arbeidsmarkt pre-Corona

De arbeidsmarkt voor de uitbraak van de Coronacrisis werd gekenmerkt door lage werkloosheid en krapte. De werkloosheid was begin 2020 in internationaal en historisch perspectief laag. Het aantal werklozen lag onder de 300.000 en het werkloosheidspercentage bedroeg 2,9%[1]. Deze cijfers lagen daarmee ook lager dan direct voorafgaand aan de financiële crisis van 2008. De krapte op de arbeidsmarkt komt tot uitdrukking in het aantal vacatures; eind 2019 waren er 92 vacatures per 100 werklozen.

Figuur 1: Realisatie en raming werkloosheid, dzd personen (stand februari 2020)



Bron: berekeningen SZW op basis van CBS en CPB[2].

De afgelopen decennia zijn er steeds meer mensen die werken in een andere vorm dan via een vast contract. Het aantal zzp'ers is opgelopen tot 1,1 miljoen (CBS, tabel 1). Zzp'ers vormen een diverse groep en de inkomensspreiding is aanzienlijk. In 2019 schatte 20% van de

[1] https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/12/werkloosheid-daalt-verder-naar-2-9-procent-in-februari
[2] Het CPB heeft begin maart bij het CEP tevens de MLT-raming over 2020-2025 uitgebracht. Hierin is nog geen rekening gehouden met de gevolgen van het coronavirus. De werkloosheid loopt in de CPB-raming daarom langzaam terug naar het evenwichtsniveau.

288183

zzp'ers in dat hun huishouden niet langer dan drie maanden financieel rond kon komen zonder inkomen uit de onderneming. Bijna 40% dacht in zo'n situatie één jaar of langer te kunnen rondkomen. Uit microdata[3] blijken iets ruimere financiële buffers in huishoudens van zzp'ers: 70% kan minimaal 4 maanden vooruit en 50% minimaal één jaar. Daarnaast kent de Nederlandse arbeidsmarkt 290.000 uitzendkrachten, 540.000 oproep- en invalkrachten en 255.000 tijdelijke werknemers zonder vaste uren. Het onderwijsniveau van flexwerknemers is in veel gevallen middelbaar of laag (resp. 41 en 33%). Ook andere groepen werkenden van wie bekend is dat zij – algemeen gesproken – een minder sterke arbeidsmarktpositie hebben, zoals jongeren en mensen met een (niet westerse) migratieachtergrond, werken relatief vaak op basis van een flexibel contract. De groep statushouders werkt vooral in een deeltijdbaan (75%) en op tijdelijke basis (88%) (CBS 2020).

Tabel 1: Frequentietabel contracttype werkenden

Contracttype	Aantal	% van totaal
Vast dienstverband met vaste uren	5.355.100	60,9%
Vast dienstverband zonder vaste uren	148.740	1,7%
Uitzicht op vast dienstverband met vaste uren	384.460	4,4%
Tijdelijk dienstverband met vaste uren	357.630	4,1%
Tijdelijk dienstverband zonder vaste uren	254.260	2,9%
Oproepkracht of invalkracht	539.460	6,1%
Uitzendkracht	289.720	3,3%
Zelfstandigen	1.468.600	16.7%
Totaal werkenden	8.797.960	100%

Bron: berekeningen SZW op basis van CBS-cijfers (2019)

Met name in de horeca, detailhandel en schoonmaak wordt er veel gewerkt met flexibele arbeidsrelaties (zie bijlage 1). Binnen de overheid is dat aandeel het laagst. In de gezondheids- en welzijnszorgsector en handel zijn de meeste mensen werkzaam. Het aandeel zelfstandigen is het hoogst in de landbouw, bosbouw en visserij, maar daar staat tegen over dat het een relatief kleine sector is. Meer dan bij de flexibele contracten, zijn er ook sectoren met weinig of geen zelfstandigen, zoals de sector delfstofwinning. Het personeel in de sectoren verhuur en overige zakelijk diensten (vanwege de detacheer- en uitzendbureaus) gevolgd door de landbouw, bosbouw en visserij bestaan voor een relatief groot gedeelte uit arbeidsmigranten. Bij het merendeel van de sectoren is het aandeel arbeidsmigranten onder de 10% (zie bijlage 2 voor de arbeidskenmerken per sector).

2. Analyse economische schok Coronacrisis

De uitbraak van het Coronavirus en de contactbeperkende maatregelen leiden tot een aantal (economische) schokken die de markt treffen of nog zullen treffen. Deze schokken kunnen direct gerelateerd zijn aan het virus, veroorzaakt worden door de overheidsmaatregelen of het gevolg zijn van veranderingen in de verwachtingen van mensen, de waardeketen of dalende buitenlandse vraag. De impact van deze schokken is sterk afhankelijk van het soort schok, de conjunctuur en de schokken die gelijktijdig of als reactie hierop plaatsvinden. Figuur 3 vat de belangrijkste schokken samen.

De economische schokken zijn moeilijk volledig van elkaar te scheiden, vanwege de mate waarin ze simultaan optreden en elkaar beïnvloeden of zelfs een kettingreactie veroorzaken. Bovendien hebben de schokken hun doorwerking op de verdere omgeving, zoals de financiële markt, en kunnen ze tot 'spillovers' leiden naar andere landen door middel van handel en financiële verwevenheid. Dit kan zelfs leiden tot een financiële crisis of een eurocrisis, waarmee de beruchte double dip, die in de nasleep van de financiële crisis opdook, op de loer ligt.[4] Deze mate

[3] Microdata CBS, berekeningen SZW

[4] Het IMF verwacht dat dit hoe dan ook een zwaardere recessie wordt dan de financiële crisis van 2008.

van verwevenheid leidt ertoe dat naast fiscaal beleid ook monetair beleid een belangrijke rol zal (moeten) blijven spelen.

Figuur 3: Mogelijke schokken i.v.m. coronacrisis

	Schok	Impact	Duur
Aa nb od sc ho k	**Uitval van werknemers** Werknemers werken niet of minder, vanwege ziekte, zorgtaken of beperkingen op arbeidsmigratie	• Minder of geen productie • Lagere productiviteit	• Hangt samen met bestrijding virus en volledig herstel maatschappelijk verkeer
	Contactmaatregelen Directe reductie in het aanbod vanwege verplichte sluitingen of beperkingen	aanbod, vooral in dienstensector en aanverwante of naastgelegen bedrijven	• Geleidelijke afname schok; regels worden afgebouwd
	Verstoring productieketens Als internationale ketens geen input leveren, moeten bedrijven afschalen of sluiten	• Minder productie in goederensector • Hangt samen met afhankelijkheid (internationale) ketens	• Hangt samen met herstel (internationaal) economisch verkeer
Vr aa gs ch ok	**Angst voor besmetting** Consumenten trekken zich terug en verlagen economische activiteit, verhogen activiteit online	• Vraaguitval in "niet-essentiële" sectoren • Vraagtoename in online retail	• Hangt samen met de contact-maatregelen, angst zal/kan langer aanhouden
	Vertrouwenseffecten Onzekerheid leidt tot uitstelgedrag en hamstergedrag, minder investeringen start- en scale-ups	• (Tijdelijke) vraaguitval in "niet-essentiële" sectoren • (Tijdelijke) vraagimpuls in essentiële sectoren	• Hangt samen met de evolutie en bestrijding van het virus, houdt mogelijk lang aan
	Verlies van inkomen Daling in inkomens van huishoudens	• Liquiditeitsproblemen start- en scale-ups • Huishoudens consumeren minder	• Deels tijdelijk en deels langdurig (hogere werkloosheid)
	Terugval buitenlandse vraag Negatieve vraagschok, zolang het virus rondgaat en/of maatregelen gelden om het in te perken	• Sterk sector-afhankelijk • Afhankelijk van maatregelen in buitenland	• Hangt samen met ontwikkeling van bovenstaande schokken in het buitenland

Doordat economieën wereldwijd getroffen worden door de uitbraak is de impact op de wereldeconomie groot. Het IMF verwacht voor de wereldeconomie een daling van 3% BBP in 2020, voor de VS een daling van 5,9% en voor de EU 7,1%.[5] Omdat ramingen in crisistijd echter

onzekerder zijn dan normaal, is het zinniger om gebruik te maken van scenario-analyses. Het CPB publiceerde op 26 maart een viertal scenario's die variëren in duur van de contactmaatregelen, mate van gevolgschade voor de financiële sector en wegvallen van buitenlandse vraag. Het CPB verwacht in deze scenario's een tijdelijke terugval van de wereldhandel tot bijna 15%, die drie maanden tot anderhalf jaar duurt.

De terugval in wereldhandel heeft vergaande gevolgen voor Nederland, aangezien 34% van het Nederlandse BBP exportverdiensten zijn.[6] In 2017 waren ruim 1 miljoen voltijdbanen direct of indirect gerelateerd aan export van producten van Nederlandse makelij, meer dan 14 procent van de totale werkgelegenheid in Nederland (CBS). De export van producten en diensten, inclusief wederuitvoer, zorgt voor 32 procent van de werkgelegenheid in Nederland.[7] 238.000 voltijdsbanen die indirect gerelateerd zijn aan export betreffen uitzendwerk. Deze banen zullen vermoedelijk als eerste geraakt worden wanneer export van producten en diensten afneemt en bedrijven zich onvoldoende weten aan te passen aan de nieuwe situatie. Onderliggend aan deze terugval ligt een gedifferentieerde impact op sectoren, waarbij de export in sommige sectoren op korte termijn tot stilstand is gekomen. Bovendien kan productie ook (deels) stilvallen door belemmeringen bij import van onderdelen (als gevolg van lockdowns in andere landen).

De Corona-crisis heeft ook een grote impact op het startup-ecosysteem. Een klein deel van de bedrijven ziet de omzet stijgen, zoals bedrijven in de medtech, (food-)delivery platforms, digitale communicatietools of digitale onderwijstools. Het overgrote deel (80%) van de Nederlandse startups en scale-ups verwacht door deze crisis in de problemen te komen.[8] De grootste problemen voor startups en scale-ups zijn wegvallende vraag en problemen met financiering. In Nederland zijn er minstens 5.400 jonge innovatieve technologiegedreven bedrijven met groeiambitie[9]. Bij deze bedrijven werken minimaal 108.000 mensen.[10] Daarnaast zijn er naar schatting 2.880 snelgroeiende bedrijven.[11] Dit zijn bedrijven die de afgelopen drie jaar meer dan 20% zijn gegroeid in personeel. Deze bedrijven groeiden tot voor kort snel. Het grootste deel hiervan is innovatief en technologie gedreven. Door hun specifieke kenmerken komen start- en scale-ups niet of beperkt voor de huidige steunmaatregelen in aanmerking.

De impact van de economische schokken is sector-afhankelijk, zoals ook bij consumptie. Binnen de productie is sprake van een "triple hit": (1) een aanbodschok door uitval van werknemers (door ziekte of zorgtaken), (2) een verstoring van de leveringsketen en (3) vraaguitval door afnemend vertrouwen van consumenten en bedrijven. Daling van vertrouwen in de economie leidt tot uitstel van uitgaven en investeringen, wat de neerwaartse spiraal in de economie versterkt. Als gevolg van deze triple hit daalt de productie. Het buitenland heeft ook te maken met een aanbodschok, zoals uitval van personeel en stilgelegde sectoren. Door ongelijke tijdlijnen van verspreiding en indammen van het virus, kan de aanbodschok in Nederland versterkt worden door de wereldhandel. Zo vergroten het gebrek aan grondstoffen en verstoorde productielijnen de uitval van aanbod in Nederland.

Voor de dienstensector geldt een gedifferentieerd sectoraal beeld, waarbij sommige sectoren volledig tot stilstand zijn gekomen (horeca, toerisme, cultuur, etc.) en andere sectoren op korte termijn een vraagtoename zien (online retail, supermarkten, etc.). Deze toename vlakt op de middellange termijn af. Bij het herstel kan sprake zijn van inhaalgroei, wanneer uitgestelde non-essentiële consumptie wordt ingehaald. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de goederen- en dienstensector, waarbij inhaalgroei minder te verwachten is voor dienstverlening. Op

[5] IMF (2020): World Economic Outlook, April 2020
[6] CBS (2019). Nederland handelsland 2019. In deze notitie worden de exportverdiensten in 2017 geschat op 250 miljard euro, waarbij deze wordt onderverdeeld in 119 miljard euro aan goederen van NL-makelij, 99 miljard euro aan diensten en 33 miljard euro aan wederuitvoer van goederen. Het bbp 2017 is geschat op 738 miljard euro (CBS, 2020).
[7] CBS 2019 Nederland, Handelsland – Export, investeringen en werkgelegenheid
[8] Techleap
[9] Staat van het MKB Jaarbericht 2019
[10] Techleap & Dealroom 2019 - Startups: job growth engine in the Netherlands
[11] ECE Scale-up Dashboard 2019

de lange termijn kan het faillissement van bedrijven zorgen voor (menselijk) kapitaalvernietiging. Of dit gebeurt hangt af van de duur van de contactmaatregelen en de steunmaatregelen die genomen worden om de impact te mitigeren. Daarbij speelt ook dat in het geval de coronacrisis leidt tot blijvende dalende huishoudinkomens, consumptie in sectoren die nu door de contactbeperkende maatregelen worden geraakt (horeca, toerisme, cultuur en delen van gezondheid en welzijn) achterblijven in het herstel, aangezien dit sectoren zijn die gevoelig zijn voor schommelingen in conjunctuur.

De verschillende vraag- en aanbodschokken kunnen doorwerken op de financiële sector. Naarmate de contactbeperkingen langer duren, neemt de kans op problemen in het financiële systeem toe en zal de recessie wereldwijd dieper worden, waardoor het herstel weer verder vertraagt. (Systeem)banken zullen gevolgen ondervinden van de liquiditeits- en solvabiliteitsproblemen van hun debiteuren, met mogelijke (hogere risico's op) faillissementen. Verder kan de onzekerheid tot verkrapping van financieringscondities leiden. Ook verzekeraars, in het bijzonder zorgverzekeraars, worden getroffen. Verwachtingen over winstgevendheid en de rente zullen doorwerken in de financiële markten. Hierbij is sprake van een vlucht naar 'safe havens'. Pensioenfondsen zullen hierbij hun dekkingsgraad zien verslechteren, doordat aandelenbeurzen kelderen en de rente mogelijk verder verlaagd wordt binnen de monetaire beleidsreactie. Dit zal mogelijk kunnen leiden tot pensioenkortingen bij de huidige regels voor pensioenfondsen.

De impact op de Nederlandse economie hangt af van de snelheid waarmee het virus wordt bestreden, de duur van de inperkingsmaatregelen en het aanpassingsvermogen van de economie. Dat Nederland te maken krijgt met een recessie als gevolg van de coronacrisis is intussen zeker. In deze notitie maken een onderscheid tussen de korte en middellange termijn (beginfase van een recessie) en de langere termijn waar de verwachting is dat trends versneld zullen doorzetten (verdere fase van een recessie en begin van economisch herstel).

3. Directe effecten Coronacrisis op arbeidsmarkt

De aanbodschokken raken de arbeidsmarkt direct. Mensen werken minder, niet of op een andere manier, vanwege (verplichte) sluitingen omdat zij thuisblijven vanwege hun gezondheid of omdat zij zorgtaken verrichten. Het arbeidsaanbod ligt daardoor direct lager, zowel in termen van uren[12] als in termen van productiviteit. Ook aan de vraagzijde wordt de arbeidsmarkt direct geraakt. Niet alle sectoren zijn verplicht gesloten, maar de meeste sectoren hebben als gevolg van de contactmaatregelen wel te maken met fors minder vraag en dus vraaguitval naar arbeid. Of, en in hoeverre, deze schokken zich vertalen in blijvende gevolgen op de arbeidsmarkt, hangt wederom af van de bestrijding van het virus, de duur en zwaarte van de contactmaatregelen, het gedrag van bedrijven, de steunmaatregelen vanuit de overheid en de veerkracht van de Nederlandse arbeidsmarkt.

Direct gevolg van de coronacrisis en de contactbeperkende maatregelen is een oplopende werkloosheid waarbij tegelijkertijd de kwetsbaarheid van de flexibele schil en zelfstandigen zichtbaar is geworden. In tabel 2 wordt kort samengevat welke mogelijke groepen op de arbeidsmarkt en sectoren direct door de gevolgen geraakt kunnen worden. Daarnaast is weergegeven welk beleid is ingezet om de directe effecten van de Coronacrisis te bestrijden. Onder de tabel worden de directe effecten uitgebreider beschreven.

Tabel 2: Analysekader directe effecten Coronacrisis op arbeidsmarkt

Direct effect		**Ingezet beleid**
Werkloosheid	Mogelijk geraakte groepen: • Jongeren (15–24);	• Beleid gericht op behoud van bestaande

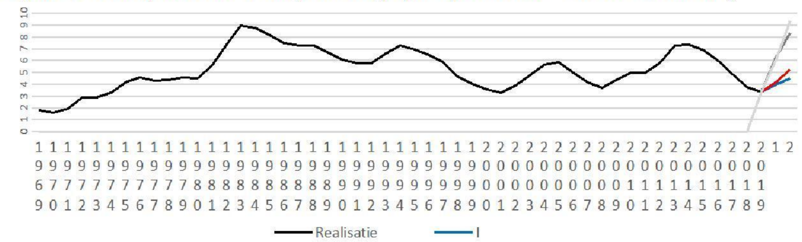
[12] In alle scenario's van het CPB daalt het aantal gewerkte uren met 1,4% tot 7% in 2020.

	• Praktisch geschoolden; • Mensen met een (niet-westerse) migratie achtergrond <u>Hardst geraakte sectoren</u>: • Alle sectoren worden geraakt. Impact is het grootst voor horeca, cultuur, recreatie, handel, zakelijke dienstverlening, vervoer, industrie en delen van de landbouw (m.n. sierteelt)	werkgelegenheid: NOW, steunmaatregelen ondernemers • Beleid gericht op inkomensondersteuning: WW, bijstand
Zichtbare kwetsbaarheid flexibele schil/zelfstandigen	<u>Mogelijk geraakte groepen</u>: • Jongeren (15–24); • Praktisch geschoolden; • Mensen met een (niet-westerse) migratie achtergrond • Zelfstandigen <u>Hardst geraakte sectoren</u>: • Alle sectoren worden geraakt. Impact is het grootst voor horeca, cultuur, recreatie, handel, zakelijke dienstverlening, vervoer, industrie en delen van de landbouw (m.n. sierteelt)	• Beleid gericht op behoud van bestaande werkgelegenheid: NOW • Beleid gericht op inkomens- en kapitaalondersteuning zelfstandigen: TOZO • Bestaand beleid gericht op inkomensondersteuning: WW, bijstand.

Oplopende werkloosheid

In elk scenario waar het CPB mee werkt wordt de dienstensector hard getroffen door het tijdelijk stilvallen van onder andere de horeca (ruim 500.000 banen, waarvan 1 op de 5 een zelfstandige), de sector cultuur/sport (ruim 500.000 banen, waarvan 2 op de 5 een zelfstandige[13]) en het verbod op bijeenkomsten. Het CPB verwacht dat het steunpakket van de overheid de economische schok de eerste maanden grotendeels opvangt. De werkloosheid zal daarom aanvankelijk niet snel oplopen, maar de werkloosheid loopt wel in alle scenario's op (figuur 5).

Figuur 5: Verloop werkloosheidspercentage (in %, realisatie[14] en CPB-scenario's)



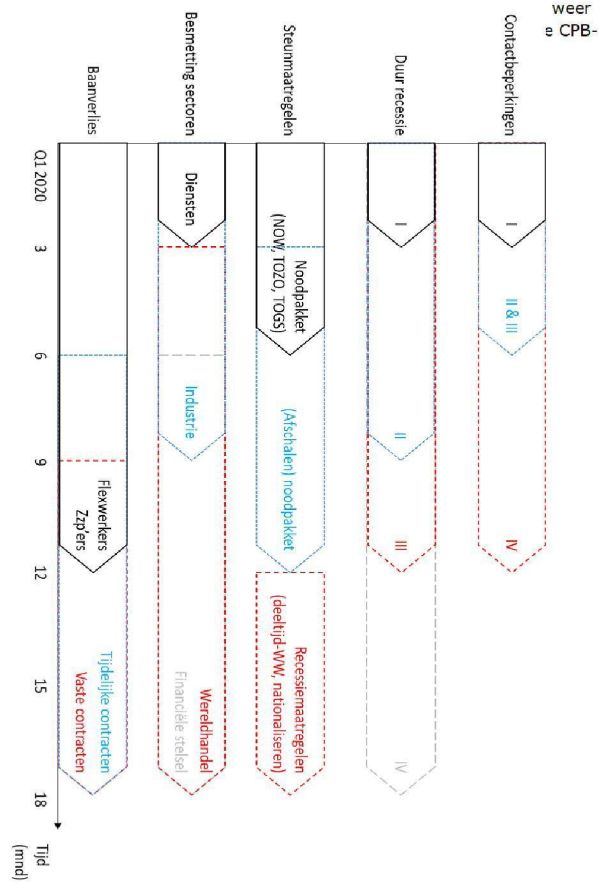
Vanaf het tweede scenario, als de contactbeperkingen langer dan een kwartaal aanhouden, verwacht het CPB dat de steunmaatregelen van het kabinet niet de volledige economische schok opvangen waardoor de werkloosheid in 2021 verder oploopt. Naast de dienstensector wordt nu ook de industrie getroffen, mede door wegzakkende wereldhandel waarvan Nederland, als kleine, open economie, bovengemiddeld veel last heeft. De verdere oploop van de werkloosheid wordt verklaard door het niet-verlengen van tijdelijke contracten en doordat

[13] https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/corona/economie/hoeveel-banen-zijn-er-in-de-horeca-cultuur-sport-en-recreatie-
[14] CBS Statline, https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83752NED/table?dl=1DB5D.

starters, door wegvallende arbeidsvraag, minder snel een baan kunnen vinden. Hiermee wordt een bredere groep (potentiële) werkenden geraakt. In het derde en vierde scenario treedt herstel pas (eind) 2021 op en leidt besmetting van de financiële sector, ondanks omvangrijke steunpakketten in binnen- en buitenland, ertoe dat meer bedrijven overheidssteun nodig hebben om niet om te vallen. De zwaarte en ... ondanks aanpassingsvermogen var ... ıs het CPB tot werkloosheidnivea ...

Figuur 6 geeft het mogeli ... weer en de reactie van markte ... e CPB-scenario's is opgenomen ii ...

Figuur 6: CPB-scenario'



Leeswijzer: deze figuur geeft het verloop van de CPB-scenario's (I t/m IV) weer m.b.t. de duur van de contactbeperkingen, de duur van de hiermee samenhangende recessie, de besmetting van diverse markten en de beleidsreactie. In volgtijdelijkheid treedt eerst het effect in het zwarte blok op en mogelijk daarna de blauwe, rode en grijze blokken. Ook het verwachte (risico op) baanverlies is weergegeven, hierbij geldt dat laaggeschoolde werkgelegenheid mogelijk eerder verloren gaat en dat bij toenemende langdurigheid van de gezondheidscrisis door aanbods- en vraagschokken in binnen- en buitenland (kwalitatieve) hysterese-effecten kunnen optreden.

De eerste empirische gegevens suggereren een daling in het aantal gewerkte uren en een flinke stijging in het WW- gebruik als gevolg van de coronacrisis. Het aantal gewerkte uren blijkt in maart 2020 in Nederland afgenomen te zijn met 13%: werkenden werken gemiddeld 11 uur per week minder, voor zelfstandigen is dit zelfs 23%.[15] Het UWV registreerde eind maart 250.000 lopende WW-uitkeringen, 10.000 meer dan in februari (+4,3%). In maart verstrekte het UWV 38.000 nieuwe WW-uitkeringen (toename van 42,3% t.o.v. instroom februari 2020). Met name bij jongeren tot 25 jaar en bij horeca/catering, uitzendbedrijven en in de cultuursector was sprake van een stevige toename.[16] Naar verwachting zal dit in april verder oplopen. Daarnaast is ook sprake van verborgen werkloosheid: de plotselinge economische neergang leidt naar alle waarschijnlijkheid tot een toename in niet-actieven[17], die niet meetellen in de werkloosheidscijfers. Door de introductie van de NOW waarmee bestaande werkgelegenheid wordt behouden, is de oploop van de ontslag-WW gemitigeerd, maar het beroep op sociale zekerheid, waaronder ook de bijstand zal sterk toenemen.

De centraliteit van sectoren, de omvang van een sector en de aanwezigheid van sectorspecifieke skills spelen een rol bij het al dan niet nemen van sectorspecifieke maatregelen om het effect van de Coronacrisis tegen te gaan. Op macroniveau hangt de veerkracht van de arbeidsmarkt af van de mogelijkheden voor intersectorale arbeidsmobiliteit. In hoeverre intersectorale arbeidsmobiliteit een alternatief biedt, hangt af van de mate waarin de getroffen sector (skill-)gerelateerd is aan andere sectoren.[18] Zo hebben werknemers in de industrie minder mogelijkheden dan werknemers in de diensten en logistiek, omdat de vaardigheden van werknemers in de industrie niet toepasbaar zijn in de andere sectoren. Sterk gespecialiseerde deelmarkten hebben dus het laagste herstelvermogen. Daarnaast kent Nederland een hub-structuur. Schokken in een centrale sector beïnvloeden daardoor de hele economie. In Nederland zijn de meeste centrale sectoren onder meer de landbouw, het bankwezen en de bouw. Een schok in een van deze sectoren kan makkelijker doorwerken naar de gehele economie (Acemoglu et al., 2012; Carvalho, 2010; 2014; Choi en Foerster, 2017). Naast arbeidsmarktoverwegingen spelen de positie van bedrijven in de supply chain, het type product/dienst dat wordt geproduceerd (levensbehoeften versus luxegoederen) een rol. Zo kan het laat-cyclische karakter van de bouw een reden zijn om schokken af te remmen in die sector, omdat doorbouwen effectief anticyclisch kan beleid zijn.

Historisch gezien reageert de Nederlandse arbeidsmarkt vertraagd op schommelingen in het BBP (CPB 2014). Kijkend naar de financiële crisis van 2008 zien we dat de vraag naar werknemers op de korte termijn niet afnam. Volgens het CPB (2014) kwam dit door "labour hoarding": 75% van de bedrijven hield personeel in eerste instantie vast. Bedrijven hadden hier financiële buffers voor, werkgevers waren in eerste instantie optimistisch, en het leek lastig om goed personeel aan te trekken voor de crisis uitbrak. Bovendien zijn de ontslagkosten van vaste contracten vaak hoger. Op de korte termijn vingen voornamelijk flexwerkers en zelfstandigen zonder personeel de klappen op: zoals boven beschreven kwam de vraaguitval tot uiting via een lager inkomen, en niet zozeer via hogere werkloosheid. Pas toen de Nederlandse economie na een

---

[15] Von Gaudecker et al. Labour supply in the early stages of the CoVID-19 Pandemic: Empirical Evidence on hours, home office, and expectations, https://covid-19-impact-lab.readthedocs.io/en/latest/_static/work-hours.pdf.
[16] CBS (2020: Minder werkenden in maart
[17] Werklozen die niet actief op zoek zijn naar werk.
[18] Weterings, A., Diodato, D., & Van den Berge, M. (2013). De veerkracht van regionale arbeidsmarkten.

korte periode van herstel eind 2011 opnieuw in een recessie belandde liep de werkloosheid alsnog sterk op.

In de huidige crisis hangt (het tempo van) de stijging van de werkloosheid ook vooral af van het gedrag van werkgevers. Op hun beurt wordt dit gedrag beïnvloed door de duur en omvang van de crisis en van de steunmaatregelen die bedrijven ondersteunen in het aanhouden van personeel. Mogelijk reageren werkgevers nu sneller op een recessie door dat vraaguitval acuut is opgetreden als gevolg van de contactbeperkende maatregelen (en voor sommige sectoren onzeker is of vraag op middellange termijn hersteld). Het is de vraag of sectoren snel herstellen wanneer contactbeperkende maatregelen aflopen, dit zal sterk afhankelijk zijn van de (gepercipieerde) veiligheid. Tussen 2009 en 2019 is de werkzame beroepsbevolking met ca 600.000 personen gestegen. De stijging valt uiteen in een toename van het aantal personen met een flexibele arbeidsrelatie (ca. 500.000), zzp'ers (ca. 250.000) en een afname in het aantal personen met een vaste arbeidsrelatie (ca. 150.000).[19] De toename in de mate van flexibiliteit in de arbeidsbinding maakt dat een aanhoudende economische schok mogelijk sneller leidt tot een stijgende werkloosheid. De verwachting is dat in eerste instantie met name flexwerkers, schoolverlaters en laagopgeleiden geraakt zullen worden door de economische gevolgen van de coronacrisis.

Zichtbare kwetsbaarheid flexibele schil/zelfstandigen

De verwachting is dat de flexibele schil, en met name laagopgeleide flexwerkers en zelfstandigen, door de Coronacrisis harder geraakt zal worden, net als tijdens de financiële crisis. Voorgaande recessies lieten zien dat werkenden in de flexibele schil[20] het meest kwetsbaar zijn op de arbeidsmarkt. Doordat deze groep vaak weinig spaargeld heeft kan dit het consumptie- en spaargedrag drukken en leiden tot een toename in betalingsproblemen. Ook in 2019 heeft het CPB gewaarschuwd voor de kwetsbaarheid van de flexibele schil bij uitbraak van een eventuele nieuwe recessie (CPB 2019). Tussen 2008 en 2009 nam de werkgelegenheid 1,8% af, terwijl dit 4,5% was voor werkenden met een tijdelijk contract (CPB 2014). Een aandachtspunt daarbij is de arbeidsmarktpositie van statushouders. Zij hebben veelal een baan op tijdelijke basis (88%) en zijn dus extra kwetsbaar bij een crisis.[21] Daarnaast werden tijdens de financiële crisis laagopgeleiden harder geraakt dan hoogopgeleiden. Tijdens de 2008-crisis liep de werkloosheid onder laagopgeleiden op met 6%-punt. Voor hoogopgeleiden was dit 2%-punt. Ook de groep mensen die vanuit een langdurige uitkeringssituatie recent weer aan het werk gekomen is (Banenafspraak, Doelgroepenregister), heeft veelal een tijdelijke baan. Deze groep zal door een recessie dus relatief hard geraakt worden.

De groep met een verlies van inkomen is groter dan zichtbaar is in werkloosheidscijfers. Zelfstandigen blijven vaak uit de werkloosheidscijfers en vangen een recessie in hun inkomen op doordat het aantal en de duur van opdrachten teruglopen. Het CPB (2014) heeft berekend dat het inkomen van zelfstandigen tussen 2008 en 2009 met 13% afnam. Over de gehele duur van de recessie (2008–2012) was dat 16%.

Uit doorrekeningen van Panteia blijkt dat de horeca, cultuur, recreatie, handel, zakelijke dienstverlening, vervoer, industrie en delen van de landbouw de grootste impact van de coronacrisis (gaan) ondervinden.[22] De verwachting is dus ook dat de flexwerkers in deze sectoren als eerste hun baan zullen verliezen. In deze sectoren werken - vooral in de horeca - een relatief groot aandeel flexwerkers. In de landbouwsector, recreatie en cultuursector is ook het aandeel zelfstandigen relatief groot. Zo lang de contactbeperkende maatregelen duren hebben deze groepen beperkt tot geen uitzicht op alternatief werk binnen de eigen sector – zo is de horeca bijvoorbeeld gesloten. Daarnaast zijn er sectoren die minder lijden door de coronacrisis, of er zelfs

---

[19] CBS Statline, Arbeidsdeelname; kerncijfers, link.
[20] Zelfstandigen, uitzendkrachten, mensen met een tijdelijk contract en mensen met een nul-urencontract.
[21] Dashboard cohortstudie asiel
[22] In opdracht van EZK heeft Panteia de CPB-scenario's berekend voor de verschillende sectoren. Zie bijlage 3.

profijt van hebben, zoals (delen van) de IT-sector en online retail in de handelssector. Dit kan ertoe leiden dat in deze sectoren (tijdelijk) vraag komt naar arbeidskrachten die kan worden ingevuld door arbeidskrachten die door de coronacrisis werkloos zijn geworden. Voor andere dienstverlenende sectoren die de werkzaamheden op afstand kunnen voortzetten, kunnen productie- en werkgelegenheidsverliezen op de korte termijn beperkt blijven.

4. Effecten aanhoudende werkloosheid

De lengte en de diepte van de recessie vragen om verschillend arbeidsmarktbeleid. Het crisispakket van het kabinet ondersteunt bedrijven en zelfstandigen op de korte termijn (3 maanden) om te zorgen dat werkgelegenheid zoveel mogelijk behouden blijft. Met dit pakket worden werkgevers in staat gesteld en zelfs aangemoedigd om aan 'labour hoarding' te doen vanuit de verwachting dat de economische activiteit relatief snel weer op gang komt. Dit is verstandig beleid, maar tegelijkertijd geldt dat deze maatregelen niet eeuwig doorgezet kunnen of zouden moeten worden. Op de lange termijn is 'labour hoarding' niet langer houdbaar of nuttig voor bedrijven en/of kan de aandacht van werkenden verschuiven naar het zoeken naar nieuw werk. Ondertussen wordt steeds duidelijker dat deze crisis blijvende gevolgen zal hebben en dat de economie zich zal moeten aanpassen. Banen en bedrijven zullen verdwijnen en op andere plaatsen zal nieuwe werkgelegenheid ontstaan. Het is echter niet eenvoudig om vast te stellen waar het omslagpunt ligt. Hoe lang blijft 'labour hoarding' een economisch verstandige keuze en wanneer wordt het verbreken van arbeidsrelaties en het daarmee aanjagen van arbeidsmarktdynamiek verstandiger?

De analyse in hoofdstuk 3 laat de directe effecten van de coronacrisis op de arbeidsmarkt zien en legt een aantal knelpunten bloot. Wanneer de recessie langer aanhoudt en de werkloosheid verder oploopt gaan er een aantal additionele aspecten een rol spelen. **In dit hoofdstuk geven we de knelpunten (schematisch) weer, beschrijven we welke groepen op de arbeidsmarkt en sectoren dit betreft en noemen we een aantal beleidsopties.** De beleidsopties worden in deze notitie niet nader uitgewerkt. Daarvoor wordt een apart traject gestart. Onder de tabel worden de knelpunten uitgebreider beschreven.

Tabel 3: Analysekader effecten aanhoudende werkloosheid

Knelpunten		**Oplossing cq. beleidsopties**
Stijgende werkloosheid	<u>Geraakte groepen</u>: • Zie tabel 2. • "Reserve labourforce": niet-werkenden en mensen met een arbeidsbeperking. <u>Geraakte sectoren</u>: • Hele economie	• LLO: bij- om- en op-scholing (evt. gericht op tekort sectoren). • Duurzame inzetbaarheid. • Additioneel beleid gericht op onderkant arbeidsmarkt. • Intensiveren bestaande re-integratie/ dienstverlening UWV en gemeenten.
Skill mismatch	Geraakte groepen: • Praktisch geschoolden; • 'Nieuwe werkzoekenden' Ge<u>raakte sectoren</u>: • Hele economie	• LLO • Intensiveren bestaande re-integratie/dienstverlening UWV en gemeenten (o.a. bestaande matchingsactiviteiten.

Aanhoudende werkloosheid

Hoe groot is het risico dat de tijdelijke verstoringen in de economie en op de arbeidsmarkt een permanent negatief effect hebben op de (structurele) werkloosheid

288183

en/of de arbeidsparticipatie? Dit verschijnsel staat bekend als hysterese. Mogelijke oorzaken zijn het verlies van kennis, vaardigheden en netwerken door werklozen, eventueel in combinatie met gebrekkige prikkels voor werkhervatting en percepties van te lage baankansen (terugtreding vanwege ontmoedigd zijn), en een loonvorming die onvoldoende rekening houdt met het belang van werklozen (outsiders).

Een CPB-studie over de financiële recessie laat zien dat hysterese geen empirisch relevant fenomeen is voor Nederland op macroniveau.[23] Na een recessie keert de werkloosheid terug naar het structurele niveau dat wordt bepaald door institutionele factoren. Verklaringen zijn de goede participatieprikkels en het feit dat een recessie niet de efficiëntie van de matching op de arbeidsmarkt aantast (geen verschuiving Beveridge-curve). Voor de arbeidsparticipatie geldt dat het tegengaan van vervroegde uittreding via vroegpensioen en arbeidsongeschiktheid een belangrijke factor is.

Een belangrijke kanttekening is dat in kwalitatieve zin wel negatieve permanente effecten kunnen optreden qua loon- en productiviteitsniveau. Door werkloosheid geeft een individu een signaal af aan werkgevers dat hij of zij minder productief is ("signalling effect") en werkloosheid verleidt werkzoekenden om een lager loon te accepteren. Voor veel landen, en ook voor Nederland, is er empirisch bewijs dat voor een individu een periode van gedwongen (langdurige) werkloosheid leidt tot een permanent lager loon en een grotere kans op werkloosheid in de rest van de loopbaan ("scarring"). Een studie voor Engeland laat zien dat het loon van mensen die werkloos zijn geweest 6% lager lag bij terugkeer op de arbeidsmarkt. Na drie jaar was het loon 14% lager dan wanneer men niet werkloos was geweest (Arulampalam 2001). Onderzoek voor de Nederlandse arbeidsmarkt geeft eenzelfde beeld (Erpelinck en van Sonsbeek 2012; Mooi-Reci 2008). Vrouwen worden harder geraakt dan mannen. Lonen van mannen die werkloos zijn geweest zijn 8% lager dan mannen die niet werkloos zijn geweest. Voor vrouwen is dat 13%. De gemiddelde arbeidsduur reageert echter nauwelijks op de conjuncturele situatie. Dat komt mede doordat deeltijdwerk vooral samenhangt met institutionele factoren en sociale normen.

Op de lange termijn kunnen individuen door hoge werkloosheid ontmoedigd raken om naar werk te zoeken en stoppen met meedoen op de arbeidsmarkt (het "discouraged worker effect"). Volgens het CPB (2014) betrof dat een groep van 70.000 mensen in 2013 (12% van de werkloze beroepsbevolking, 1% van de beroepsbevolking). Deze groep bestond voornamelijk uit 55-plussers (33%) en laagopgeleiden (50%). Ze vinden lastig werk omdat ze relatief oud zijn en weinig kwalificaties hebben. Oudere werkenden zitten dicht op de pensioenleeftijd, dus op de lange termijn heeft dat een beperkt effect op het aanbod van arbeid: hun eventuele persistente non-participatie verdwijnt automatisch uit de macrocijfers, waardoor er geen permanent effect op de arbeidsparticipatie resteert.

Zoals uiteengezet in tabel 3, raakt aanhoudende werkloosheid ook andere kwetsbare groepen in de samenleving zoals mensen met een arbeidsbeperking en niet-werkenden. Veel mensen in deze functioneren als het ware als een "reserve labour force": zij worden de arbeidsmarkt op getrokken in tijden van hoogconjunctuur, maar staan achterin de rij ten tijde van laagconjunctuur en treden dus op als sluitpost op de arbeidsmarkt. Beleidsopties voor de middellange en lange termijn zijn gericht op voldoende bijscholing en additioneel beleid gericht op de onderkant van de arbeidsmarkt (zie BMH 5 en 6).

Skill mismatch

Een belangrijke verklaring voor een daling van het loon is skill mismatch: werklozen die van beroep wisselen benutten vaak in hun nieuwe werk een deel van hun aanwezige vaardigheden niet meer, waardoor deze verloren gaan en hun productiviteit en loon permanent afnemen. Onderzoek van Nedelkoska et al (2015) naar gedwongen ontslagen als gevolg van reorganisaties en faillissementen van bedrijven in Duitsland tussen toont aan dat de meeste werkenden die

[23] Wiljan van den Berge, Hugo Erken, Marloes de Graaf-Zijl en Eric van Loon (2015), The Dutch labour market during the Great Recession. CPB Background Document.

gedwongen van baan moesten wisselen over- of ondergekwalificeerd zijn in hun nieuwe baan. Wanneer baanwisselaars met niet-baanwisselaars worden vergeleken, blijkt dat wisselaars vaak overgekwalificeerd zijn. Ook verdienen overgekwalificeerde wisselaars 15% minder dan andere wisselaars. De onderzoekers laten dus zien dat skill mismatch een belangrijke verklarende factor is voor een daling van het loon. Tegelijkertijd wordt 40% van het lagere loon verklaard door een terugval in het aantal gewerkte uren per week. Voor Nederland geldt verder dat jongeren die afstuderen tijdens een recessie qua loon circa vier jaar op achterstand staan, terwijl hun kansen op werk nauwelijks worden beïnvloed.[24] Zodra er veel vaste matches (permanent) worden verbroken, kan dit leiden tot een langdurig en kostbaar reallocatieproces op de arbeidsmarkt, waarbij veel werklozen per saldo vaardigheden zullen verliezen. Indien noodzakelijk kan omscholing worden gericht op tekort- sectoren. Matchen op vaardigheden is hierbij belangrijk, want door effectief te matchen kan het verschil in inkomensverlies voor het individu in theorie worden geminimaliseerd. Daarnaast kan er extra beleid worden gericht op duurzame inzetbaarheid van oudere werkenden (ongeacht type arbeidscontract) en aanvullend beleid gericht op de onderkant van de arbeidsmarkt (basisbanen: BMH 6; en meer re-integratiemiddelen in de P-wet: crisisbrief).

5. Trends en kansen arbeidsmarkt lange termijn

De impact van de coronacrisis wereldwijd[25] en de verwevenheid van Nederlandse economie met het buitenland[26] maakt dat de gevolgen voor de Nederlandse economie mogelijk groter en blijvender zijn dan we hebben gezien na voorbije crises. Bepaalde trends zullen doorzetten en worden wellicht versterkt of zetten eerder door de coronacrisis en/of de recessie die daaruit volgt, zoals digitalisering, reshoring en thuiswerken. Daarnaast worden reeds geïdentificeerde strategische opgaven nu pregnanter, zoals de toenemende flexibele schil en de opgave op het gebied van duurzaamheid en klimaat omdat ze sterke invloed hebben op de verdeling van de lusten en de lasten van deze crisis. De crisis biedt hier kansen, maar tegelijkertijd is het vraagstuk van timing complex. Hoewel tentatief wordt in dit hoofdstuk kort ingegaan op deze mogelijk trends en strategische opgaven. Mogelijke beleidsopties worden genoemd, maar niet nader uitgewerkt aangezien daar een apart traject voor wordt gestart.

Tabel 4. Analysekader kansen en knelpunten arbeidsmarkt lange termijn

Kansen/knelpunten		Oplossing cq. beleidsopties
Toename flexibilisering	Geraakte groepen: • Zie tabel 1. • Praktisch geschoolden. Geraakte sectoren: • Hele economie. Additionele effecten: • Bij aanhoudende recessie komt solidariteit onder druk	• Hervorming van de arbeidsmarkt cf. Commissie Regulering van Werk
De-globalisering	Nieuwe werkgelegenheid: • Praktisch geschoolden; • Technisch geschoolden (alle niveaus);	• Beleid gericht op meer mensen op te leiden voor technische/ industrie sector

[24] Wiljan van den Berge en Arne Brouwers (2017), A lost generation? The early career effects of graduating during a recession. CPB Discussion Paper 356.
[25] De mondiale impact is mogelijk groter dan voorbije crises, vanwege de impact op de Chinese economie en het feit dat China voor veel landen een (i) belangrijke exportmarkt, (ii) een bron van toerisme en (iii) een toeleverancier van halffabricaten is (RaboResearch, 2020)
[26] De hoge mate van vervlechting van de Nederlandse economie met het wereldeconomisch bestel blijkt o.a. uit de McKinsey's connectedness-index. In de index-2016 staat Nederland, gemeten naar het totaal aan variabelen, op de tweede plaats, na Singapore, maar voor de VS en Duitsland.

	Toename sectoren: • (Maak)industrie en supply chain; • Handel. Additionele effecten: • Flankerende groei werkgelegenheid tertiaire sector; • Toename in productiekosten bedrijven • Versnelling technologische veranderingen en automatisering	• Strategische industriepolitiek
Digitalisering	Geraakte groepen: • Praktisch geschoolden • Hoogopgeleiden Geraakte sectoren: • Industrie • Tertiaire sector	• LLO • LLO voor digitale vaardigheden. • Meenemen digitalisering in re-integratie/dienstverlening UWV en gemeenten.
Energie- en klimaattransitie	Geraakte groepen: • Meer werkgelegenheid in duurzame energie. Geraakte sectoren: • Sectoren die steun ontvangen	• Voorwaarden aan steunpakketten verbinden om transitie te versnellen • Scholing ter bevordering van implementatie transitie

Toename flexibilisering

In een recessie worden oude flexbanen makkelijk vernietigd en in het herstel na een recessie worden nieuwe flexbanen makkelijk gecreëerd. Of het netto-effect op de lange termijn is dat het aandeel flexibele banen groeit ('toename flexiblisering') hangt ook van andere factoren, zoals instituties. Ervaringen van eerdere crises (o.a. 2001, 2008) laten een toename van de flexibele schil zien na recessies. Bij een aanhoudende recessie, kan de flexibele schil dus weer toenemen. De verwachting is dat de toename het snelst is onder praktisch geschoolden. Bij een aanhoudende recessie en een verlenging en/of uitbreiding van de steunpakketten voor behoud van werkgelegenheid en inkomensondersteuning kan de solidariteit onder druk komen te staan. Werknemers betalen namelijk mee aan het 'ondernemersrisico' van bijvoorbeeld zzp'ers die een belastingvoordeel hebben. Dit is met name een risico wanneer steun voor de ene groep wordt afgebouwd en voor de ander intact wordt gelaten. Tegelijkertijd worden eventuele belastingverhogingen op lange termijn deels opgevangen door dat groepen die dan weer op de arbeidsmarkt actief zijn. Daarnaast hebben mensen die hun baan behouden ook indirect baat bij steunpakketten als deze tot een minder diepe recessie leiden.

De crisis legt tegelijkertijd de fundamentele kwetsbaarheden van de arbeidsmarkt bloot. Veel waarschuwingen uit het rapport van de Commissie Regulering van Werk zijn nu actueel. Vanuit die optiek zouden de zichtbare negatieve gevolgen van flexibilisering het debat in een stroomversnelling kunnen brengen en daarmee kansen bieden om de arbeidsmarkt te hervormen – bijv. n.a.v. de aanbevelingen van de Commissie Regulering van Werk. Aan de andere kant zijn hervormingen in tijden van een recessie lastig door te voeren: zelfstandigen zullen hard geraakt

worden, en zij zullen een mogelijke hervorming extra merken (o.a. verdere verslechtering van hun financiële positie).

De-globalisering

Een andere trends is 'de-globalisering' en 'reshoring" – dat wil zeggen lokaal produceren, en het terug halen van de maakindustrie naar Europa/Nederland. Deze trend kan door de coronacrisis en daaruit voortkomende kwetsbaarheid van mondiale ketens versneld doorzetten bij een aanhoudende (mondiale) recessie. De-globalisering biedt een kans in die zin dat het naar alle waarschijnlijkheid nieuwe werkgelegenheid creëert, alhoewel nearshoring niet automatisch tot meer werkgelegenheid in Nederland leidt. Indien werkgelegenheid terug wordt gehaald, zal dat met name leiden tot banen in de technologische en industriesector. Er zal dus extra werkgelegenheid ontstaan voor praktisch en technisch geschoolden (alle niveaus). Ook neemt de vraag naar hoogopgeleiden toe. De verwachting is dat het ook zorgt voor een toename van de werkgelegenheid in de tertiaire sector – dat wil zeggen productieprocessen zullen ondersteund moeten worden. Er zijn hierbij twee uitdagingen voor beleid: Er is toenemende behoefte aan beleid gericht op meer mensen op te leiden voor de technische/ industrie sector. Dit betreft scholieren motiveren voor technische opleidingen, en LLO gericht op omscholing voor de technische sector. Daarnaast is er bij aanhoudende de-globalisering wellicht behoefte aan strategische industriepolitiek. Tegenover potentiële baten van een geografisch meer geconcentreerde supply chain staat dat reallocatie van werkgelegenheid naar Europa kan leiden tot vraagvermindering uit de rest van de wereld.

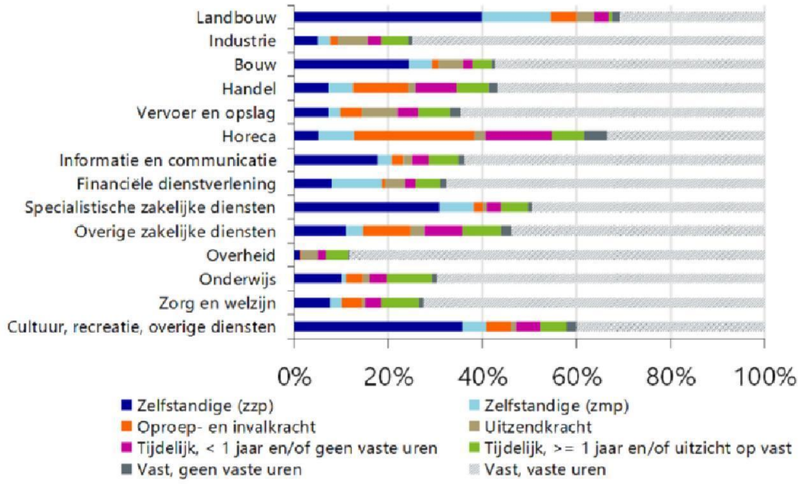
Digitalisering

Een andere trend die door een recessie versneld of zelfs sterker door kan zetten is digitalisering (implementatie van nieuwe technologieën, automatisering, robotisering). Onderzoek laat zien dat door technologische veranderingen het totaal aantal banen toeneemt. Maar aangezien technologische veranderingen 'skill-biased' zijn, zullen er banen voor praktisch geschoolden verdwijnen en banen voor hoogopgeleiden bijkomen. Er ontstaat dus een grotere vraag naar menselijk kapitaal (Goldin en Katz 2008). Voor de uitbraak van de Coronacrisis deed Nederland het internationaal gezien goed qua deelname aan LLO. Bepaalde groepen bleven echter achter zoals praktisch geschoolden (tot en met MBO 4). Bij het versneld doorzetten van trends zoals digitalisering raken zij verder achterop (zie BMH 5). Een beleidsoptie om het tekort aan skills op te vangen is LLO gericht op om- en opscholing. Dit kan eventueel worden gericht op tekortsectoren. Indien de trend digitalisering wordt doorgezet is er ook additioneel beleid nodig gericht op het verbeteren van digitale vaardigheden. Momenteel beschikt 20% van de Nederlanders over onvoldoende digitale vaardigheden (Rathenau Instituut 2020).

Energie- en klimaattransitie

Ten slotte kan een aanhoudende recessie en een verlenging van steunpakketten aan bedrijven kan de energie en klimaat-transitie versnellen. Een kanttekening die hier moet worden gemaakt is dat dit een politieke afweging is. Er is veel steun richting bedrijven en sectoren gegaan, en dat moet op termijn terug worden betaald. Aan additionele steunpakketten en terugbetaling kunnen condities worden verbonden om de energie- en klimaattransitie te versnellen. Voor de arbeidsmarkt betekent dit dat banen in 'grijze' sectoren/bedrijven verdwijnen en dat er banen bijkomen in 'groene' sectoren/bedrijven wat wellicht additioneel beleid gericht op omscholing vereist. Ook kunnen steunpakketten verbonden worden aan eisen die de beloning van arbeid binnen bedrijven gelijker maken, hierbij spelen politieke overwegingen ook een rol.

Bijlage 1: aandeel vaste en flexibele arbeidsrelaties per sector



Bron: RaboResearch[27], op basis van CBS-data

[27] https://economie.rabobank.com/publicaties/2020/april/coronacrisis-raakt-flexibele-schil/.

Bijlage 2: Overzicht arbeidsmarktkenmerken per SBI-sector

Tabel 1. Overzichtstabel van SBI-sectoren en arbeidsmarktkenmerken per sector. Voor de definitie van sectoren wordt uitgegaan van de Standaard Bedrijfsindeling (SBI) van het CBS.

Sectoren	**Aandeel** sector in totaal bbp[28] (%)	**Werkzame** bevolking (dzd. pers)	**Aandeel Flex** (% van werkzame bbv.)	**Aandeel zelfstandigen** (% van werkzame bbv.)	**Aandeel arbeidsmigra** ten (% van banen, 2017)
A-U Alle economische activiteiten		8774	22,5	16,5	10,4
A Landbouw, bosbouw en visserij	1,8	170	17,1	55,3	18,5
B Delfstoffenwinning	1,2	9	22,2	0,0	15,6
C Industrie	12,6	832	17,8	7,3	10,9
D Energievoorziening	1,2	31	16,1	3,2	4,8
E Waterbedrijven en afvalbeheer	0,66	31	19,4	3,2	6,5
F Bouwnijverheid	5,0	411	13,6	29,9	4,7
G Handel	20,5	1293	30,8	13,2	6,8
H Vervoer en opslag		417	25,9	9,8	9,5
I Horeca		412	52,9	14,8	13,5
J Informatie en communicatie	5,2	292	16,1	21,2	12,1
K Financiële dienstverlening	7,7	262	11,8	19,1	6,2
L Verhuur en handel van onroerend goed	6,3	66	15,2	21,2	4,4
M Specialistische zakelijke diensten	15,1	662	12,1	38,2	9,8
N Verhuur en overige zakelijke diensten		473	32,8	15,2	28,0
O Openbaar bestuur en overheidsdiensten	20,2	512	10,9	1,0	3,7
P Onderwijs		593	18,2	11,1	7,0
Q Gezondheids- en welzijnszorg		1354	17,4	10,8	5,2
R Cultuur, sport en recreatie	2,3	182	23,6	40,7	5,5
S Overige dienstverlening		179	14,0	41,9	8,7

[28] De sectorgegevens rondom de arbeidsmarkt en het aandeel van de sector binnen de totale productie van de Nederlandse economie zijn gebaseerd op CBS-gegevens voor het peiljaar 2018. De bbp-cijfers worden voor de sectoren, G-I, M-N, O-Q en R-S gezamenlijk gerapporteerd.

	2020					2021				
	CEP				CPB-scenario	CEP				CPB-scenario
		1	2	3	4		1	2	3	4
Arbeidsvolume (%)										
A-U Alle economische activiteiten	1,2	-1,2	-4,9	-6,7	-6,2	1,0	2,7	3,3	1,7	-2,9
A landbouw, bosbouw en visserij	-2,6	-3,0	-7,3	-10,8	-8,2	-1,3	-1,0	-0,9	-1,9	-6,3
B delfstoffenwinning	-14,3	-15,8	-16,0	-16,0	-15,7	-18,3	-18,8	-18,6	-18,8	-19,3
C industrie	0,2	-2,2	-7,1	-10,7	-8,8	-0,6	2,3	2,9	0,5	-8,3
D-E nutsbedrijven	-0,1	-0,1	-1,0	-1,2	-0,9	0,2	1,3	3,3	1,5	1,6
F bouw	1,5	-0,8	-5,0	-5,7	-7,9	1,4	2,1	3,4	0,6	-2,7
G-I handel, vervoer en horeca	1,1	-3,7	-9,2	-11,3	-10,2	0,6	3,7	4,6	2,5	-4,3
J informatie en communicatie	2,1	2,1	2,1	1,6	1,9	1,0	3,0	2,9	2,4	0,3
K financiële dienstverlening	-1,9	-1,9	-1,9	-8,0	-9,6	-2,2	0,5	1,5	-0,7	-10,8
L verhuur en handel van onroerend goed	0,7	0,5	-0,6	-5,5	-4,4	0,6	1,0	0,5	-0,9	-5,1
M-N zakelijke diensten	1,3	-1,6	-7,8	-10,0	-10,3	0,7	2,8	3,8	1,4	-4,5
O-P overheid	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,4	1,6	1,5	1,2	0,2
Q zorg	3,7	2,3	3,7	3,7	3,7	3,9	3,3	3,3	3,4	2,6
R-U cultuur, recreatie en overige **diensten**	0,5	-7,4	-20,0	-21,0	-16,9	0,6	5,3	3,7	1,7	-3,0

Bijlage 3: ontwikkeling arbeidsvolume per sector in CPB-scenario's (onderzoek Panteia)

Bijlage 4: CPB-scenario's		1	2	3	4
Contactbeperkingen	Duur (maanden)	3	6	6	12
	Impact	Matig	Zwaar	Zeer zwaar	Zwaar
	Direct herstel?				
	Bedrijven redden?				
Onderliggend	*Diensten*				
	Industrie				
	Wereldhandel				
	Financiële stelsel				
	Vorm recessie	V	V/U	U	L
Aanbodschokken	*Uitval werknemers door corona*				
	Contactbeperkingen				
	Verstoring productieketens				
Vraagschokken	*Angst voor besmetting*				
	Vertrouwenseffecten				
	Binnenlandse vraag				
	Buitenlandse vraag				
BBP-groei (%)	*2020*	-1,2	-5,0	-7,7	-7,3
	2021	3,5	3,8	2,0	-2,7
EMU-saldo (% BBP)	*2020*	-1,3	-4,6	-6,8	-7,3
	2021	-0,5	-2,9	-5,7	-9,9
EMU-schuld (% BBP)	*2020*	49,9	55,4	60,4	61,7
	2021	48,4	56,1	65,5	73,6
Werkloosheid (% beroepsbevolking)	*2020*	4,0	4,2	6,3	6,1
	2021	4,5	5,3	8,4	9,4
Werkgelegenheid (uren)	*2020*	-1,4	-5,1	-7,1	-6,4
	2021	2,7	3,3	1,6	-3,1
Consumptie	*2020*	-1,7	-4,4	-7,7	-5,4
	2021	3,7	3,1	1,3	-1,2
Overheidsbestedingen	*2020*	3,1	3,2	3,2	3,4
	2021	2,1	1,9	1,9	2,1
Investeringen (bedrijven, geen woningen)	*2020*	-5,7	-20,6	-32,6	-34,6
	2021	12,9	19,7	5,2	-23,8
Inflatie (hicp)	*2020*	1,2	0,8	0,6	0,8
	2021	1,5	0,9	0,3	0,6
Loonvoet per uur	*2020*	2,6	2,3	0,9	0,9
	2021	2,6	2,2	1,1	0,5

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/4/2020 4:02:45 PM
Subject: RE: rapportage van COVIDstudie FFX voor GGDRU
Received: Mon 5/4/2020 4:02:45 PM

Ja, helemaal goed!

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 14:32
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: rapportage van COVIDstudie FFX voor GGDRU

Ja, lijkt me belangrijk om op deze manier feed-back te geven en ze entousiast te houden
Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 13:49
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: rapportage van COVIDstudie FFX voor GGDRU

Hoi,
Is het goed als ik de eerste resultaten aan (10)(2e)/GGD Utrecht doorstuur? Het word document dat we voor het OMT hadden geschreven op 17 april (zie bijlage)?

Groeten,
(10)(2e)

Van: <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: maandag 4 mei 2020 13:36
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: rapportage van COVIDstudie FFX voor GGDRU

Ha (10)(2e)

Ik sprak vandaag wat collega's van de GGD. We zouden het heel leuk vinden om voorlopige resultaten over de studie kunnen ontvangen (als er al iets te delen valt).
Dat helpt in de motivatie voor deze en eventuele toekomstige vragen *

Groet, (10)(2e)

, (10)(2e) M&G, infectieziektebestrijding

RIVM - Centrum Infectieziektenbestrijding CIb
Epidemiologie en Surveillance, EPI
Signalering en Surveillance, SIS
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
030 (10)(2e)

To: (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e). - BD/NCTV
Sent: Tue 5/5/2020 9:59:00 AM
Subject: FW: 20200505 Platte tekst mondkapjes
Received: Tue 5/5/2020 9:59:08 AM
20200505 Platte tekst mondkapjes.docx

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) . - BD/PSD <(10)(2e) @nctv.minjenv.nl>
Datum: dinsdag 05 mei 2020 11:58 AM
Aan: (10)(2e) (10)(2e). - BD/NCTV <(10)(2e) @nctv.minjenv.nl>
Kopie: (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e). - BD/NCTV <(10)(2e) @nctv.minjenv.nl>, (10)(2e) . - BD/NCTV <(10)(2e) @nctv.minjenv.nl>
Onderwerp: 20200505 Platte tekst mondkapjes

Nieuwe versie mondkapjes tekst. 1 juni en niet-medisch toegevoegd. OMT-advies strakker volgens de lijn van het OMT advies.
Vraag over kinderen en criteria voor bescherming staat nog open.
Groet,
(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/7/2020 11:16:30 AM
Subject: resultaten Sanquin 1e week vs 1e 2 weken april
Received: Thur 5/7/2020 11:16:31 AM
corona_Abs_bij_donors.pdf
briefing_rivm_07052020_jaap_van_dissel.pdf

Ha (10)(2e)
Hierbij het artikel van Sanquin waarin ze seroprevalentie 1-15 april laten zien, met kleine verschillen tov resultaten alleen 1e week april, zoals opgemerkt door GGD. Waarschijnlijk te verklaren door minder precisie alleen data 1e wk april.
Groeten,
(10)(2e)

From: LCI Voorwacht < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 7 mei 2020 13:04
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: GGD-kennemerland; Vragen of verzoeken Sanquin.org

Ha (10)(2e)

Heb jij enig idee hoe dit te verklaren? Zie vragen (10)(2e) (10)(2e) hieronder.
Zoja, kun jij het haar uitleggen?

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdkennemerland.nl>
Sent: donderdag 7 mei 2020 10:48
To: LCI Voorwacht < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) @sanquin.nl' < (10)(2e) @sanquin.nl>
Subject: FW: GGD-kennemerland; Vragen of verzoeken Sanquin.org

Beste collegas,

Weer met interesse gekeken naar de presentatie (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Het plaatje van Sanquin kwam weer terug (dia 4) met serologische data.

Omdat regio Kennemerland daar donker gekleurd was heb ik een vraag gesteld bij Sanquin, en bleek er een andere seroprevalentie kaart te zijn. (met veel dank voor het antwoord!).

Nu vraag ik me toch af hoe het zit. Welke bron wordt daar gebruikt. Kunnen jullie dat navragen?

Dank

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
arts M&G, infectieziektebestrijding

GGD Kennemerland
Bezoekadres; Zijlweg 200, 2015 CK Haarlem
Postadres: Postbus 5514, 2000 GM Haarlem
Alg nr infectieziektebestrijding: 023 (10)(2e)
Mobiel telefoonnr: 06 (10)(2e)
Werkdagen: (10)(2e)
E-mail; (10)(2e) @ggdkennemerland.nl

GGD Kennemerland

Van: (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@sanquin.nl>
Verzonden: donderdag 30 april 2020 06:48
Aan: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@ggdkennemerland.nl>
CC: enquiries <(10)(2e)@sanquin.nl>
Onderwerp: Re: GGD-kennemerland-FW: Vragen of verzoeken Sanquin.org

Beste collega,

Voor uw informatie:

Ws. zag u een eerste, nog niet correcte versie van een SARS-CoV-2 seroprevalentie kaart van Nederland (bij donors). In figuur 2 van het bijgaande manuscript vindt u de definitieve, juiste versie.

Met vriendelijke groeten,

(10)(2e) (10)(2e)

Sanquin

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/3/2020 12:38:13 PM
Subject: we balanceren op een heel dun koord...
Received: Sun 5/3/2020 12:38:13 PM
Status for smittetrykket i Danmark 290420-nw20.pdf
Zweden versus andere landen_COVID-19 en mobiliteit.docx

... zoals te zien in bijgevoegde documenten.

Toename (10)(2e) in (10)(2e) wordt door nu.nl opgehangen aan opening scholen maar tegelijkertijd gingen kappers etc. ook weer open.

To: (10)(2e) (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
Sent: Tue 5/5/2020 3:08:00 PM
Subject: RE: tekst kamerbrief en persbericht
Received: Tue 5/5/2020 3:08:01 PM
20200505 tekst kamerbrf bzreg vph cijfers vph ghz 17.06.docx

Bedoel je dit?

Ik heb zinnetje over aanmelden bij dPG voor fase 2 nu even weggehaald, omdat we dat eerst nog maar eens goed moeten bekijken.

---

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 5 mei 2020 16:56
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: tekst kamerbrief en persbericht

Wat nog gaat helpen

- Maak er meer bullits van in de elementen, komt strakker over
- Week van 20 mei klopt niet, moet zijn in de week voorafgaan aan 25 mei

---

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 5 mei 2020 16:43
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: tekst kamerbrief en persbericht

En ik voeg ook nog een tijdlijn bij voor de komende periode, toewerkend naar 25/5.

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 5 mei 2020 16:31
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: tekst kamerbrief en persbericht

(10)(2e), (10)(2e),

Hierbij, met dank aan (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e), de nieuwe tekst. Ook bijgevoegd het persbericht, opgesteld door (10)(2e) (10)(2e).

Met vriendelijke groet,
(10)(2e)

mw. mr. (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) | Senior Beleidsmedewerker |
Ministerie van Volksgezondheid,Welzijn en Sport |
Directie (10)(2e) | afd. (10)(2e) |
Parnassusplein 5, 2511 VX | Den Haag |
Postbus 20350 | 2500EJ | Den Haag |
Telefoon: (070 (10)(2e) Mobiel: 06 (10)(2e) |
(10)(2e) @minvws.nl |

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sat 5/2/2020 9:14:38 AM
Subject: RE: concept toepassing van niet-medische mondneusmaskers in openbare ruimten voor OMT
Received: Sat 5/2/2020 9:14:39 AM
Concept stuk voor OMT niet-medische mondneusmaskers in openbare ruimten SvdH.docx

Beste (10)(2e)
Ik had je mail gisteren gemist. Mooi overzicht met nog enkele opmerkingen van mijn kant, en een voorzet voor de richting van een advies. Net als (10)(2e) miste ik dat in het stuk. Dit helpt echter wel om de discussie hierover in het OMT te stroomlijnen.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zaterdag 2 mei 2020 07:31
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Re: concept toepassing van niet-medische mondneusmaskers in openbare ruimten voor OMT

Dag (10)(2e)

Complimenten voor dit stuk, helder en compact! (11)(1)

(11)(1)

Dank en groet (10)(2e)

From: (10)(2e)
Sent: Friday, 1 May 2020 14:24:18
To: (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Cc: (10)(2e) (10)(2e);
Subject: concept toepassing van niet-medische mondneusmaskers in openbare ruimten voor OMT

Beste collega's

In de bijlage een concept stuk over de toepassing van niet-medische mondneusmaskers in openbare ruimten voor het OMT van maandag.
Daarnaast heb ik ook een samenvatting van recente artikelen gemaakt door (10)(2e) toegevoegd.

Graag ontvang ik jullie commentaar en aanvullingen voor morgen om 10:00 uur, zodat ik deze morgen nog kan verwerken.

Bij voorbaat dank!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
Arts Infectieziektebestrijding, PhD, MPH
Landelijke Coordinatie Infectieziekten (LCI)
(10)(2e)

RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)
Postbus 1 (postbak (10)(2e)
3720BA Bilthoven

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/6/2020 9:39:44 AM
Subject: RE: Discussiestuk OMT: strategie komende 12 maanden
Received: Wed 5/6/2020 9:39:45 AM

Tijd voor mij prima!

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 6 mei 2020 11:18
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Discussiestuk OMT: strategie komende 12 maanden

Dank voor de feedback – ik kan nu aan een nieuwe versie werken, zullen we dat dan om 15:30 bespreken? Ik kan dan naar EPI komen, lijkt me wel handig. Andere tijd kan ook, zal even agenda-item uitdoen.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 6 mei 2020 10:58
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Discussiestuk OMT: strategie komende 12 maanden

Hoi (10)(2e)

Dank je wel voor deze aanzet.
Wat mij betreft zouden we dit intern bij EPI nog wel goed door moeten spreken voor we het in het patatoverleg inbrengen. Zie hierbij mijn opmerkingen. Wat mij betreft kan het vandaag telefonisch (10)(2e) en ik zijn op kantoor).

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 6 mei 2020 09:12
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Discussiestuk OMT: strategie komende 12 maanden

Dank je (10)(2e) ik zat wat te worstelen met wat het verschil is tussen de strategien, dat zal ik met dit voorstel aanpassen.

Als je nog een goed internationaal discussiestuk hierover hebt, is dat welkom.

groet (10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Date: 5 May 2020 at 17:00:44 CEST
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Discussiestuk OMT: strategie komende 12 maanden

Ha (10)(2e)
Heel goed stuk, erg bruikbaar lijkt me.
drie opmerkingen

(10)(2g)

(10)(2g)

Fijn dat je dit oppakt, goed om zo even na te denken.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 5 mei 2020 13:57
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Discussiestuk OMT: strategie komende 12 maanden

Hoi (10)(2e) en (10)(2e)

Als input voor (10)(2e) / de discussie op vrijdag, heb ik gewerkt aan een discussiestuk (10)(2g) (10)(2g) (10)(2g) We kunnen er vrijdag hopelijk over spreken, maar ik zou het erg fijn vinden als jullie er van te voren naar kunnen kijken om de ergste denkfouten eruit te halen en na te gaan wat jullie visie is.

Alvast dank

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Tue 6/16/2020 7:37:04 PM
Subject: RE: Corona inclusieve VTV
Received: Tue 6/16/2020 7:37:05 PM

Hoi (10)(2e)

Ik denk dat er wel mogelijkheden liggen bij de modellering van de afvalwatersurveillance. Daarvoor kun je bij (10)(2e) (10)(2e) navragen.
We praten even bij binnenkort in ons P-gesprek.

Heb jij voor mij een overzicht van projecten waaraan jij nu werkt vanuit Z&O en de declarabele uren daarin?

groet

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 11 juni 2020 17:55
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Corona inclusieve VTV

Ok, jammer. Waarom claimt EPI alle Corona onderwerpen?
Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Date: 10 June 2020 at 13:36:51 CEST
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Corona inclusieve VTV

Hoi (10)(2e).

Op basis van de vraagstellingen is besloten dat de trekkersrol vanuit CIb bij EPI moet liggen, ik meen dat (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) daarvoor in beeld is. Met het verzoek om Z&O (met name jou en (10)(2e) te betrekken bij onderdelen zoals leefomgeving (met name (10)(2e) denk ik) en ziektelastschattingen (met name jij denk ik).

Ik neem aan dat (10)(2e) hiervoor contact opneemt met jou maar je kunt natuurlijk ook zelf daartoe het initiatief nemen.

Groet!

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 10 juni 2020 10:02
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: Corona inclusieve VTV

Hoi (10)(2e)

wat is nu de situatie mbt deze VTV? Ik heb al met (10)(2e) (10)(2e) gepraat en hij vond het een goed idee, dat ik mee werk en we hadden al allerlei ideeën.

Groet,

288232

(10)(2e)

From: (10)(2e)
Sent: Wednesday, 3 June 2020 14:38
To: (10)(2e) (10)(2e)
Subject: FW: Corona inclusieve VTV

Ter informatie.
Ik denk dat ook dit nog enige afstemming vergt met EPI maar hopelijk komen we daar uit!

Groet!

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

288234

To: (10)(2e))'[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 6/10/2020 11:28:15 AM
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit
Received: Wed 6/10/2020 11:28:15 AM

Dankje!

From: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Sent: woensdag 10 juni 2020 13:26
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Ha (10)(2e)

Dit moet ik nog even uitzoeken. Ik heb nu ook een soort 'dubbel' en zij heeft afgelopen vrijdag het overleg bijgewoond. We zijn de afgelopen dagen druk bezig geweest met het debat van nu (as we speak) dus aan terugkoppeling over de onderzoeksagenda zijn we nog niet toegekomen. Kom ik zsm over terug bij je zodra ik de boel op een rijtje heb.

Groet!

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 10 juni 2020 13:23
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: FW: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Dag (10)(2e)

Weet jij misschien meer over de volgende stap mbt deze onderzoeksagenda? Wordt er door Brabant een meeting hiervoor belegd?

Binnen het RIVM wordt vormgegeven aan een programma decentraal werken waarbij wij decentrale overheden willen ondersteunen bij dit soort complexe vraagstukken met onze RIVM-expertise. Mogelijk kunnen wij vanuit dit programma bijdragen aan de (regie op) de beoogde kennisagenda en aan het creëren van synergie tussen nationale en decentrale opdrachten. (10)(2e) is programmaleider decentraal en heb ik in de cc opgenomen.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e)
Sent: maandag 1 juni 2020 21:00
To: (10)(2e))' < (10)(2e) @minvws.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Dag (10)(2e)

Excuses want de voorstellen van (10)(2e) en mij hebben elkaar gekruist zodat je nu twee voorstellen hebt ontvangen.

In aanvulling op de door (10)(2e) voorgestelde personen, had ik je nog doorgegeven:
- (10)(2e) (DMG, luchtkwaliteit)
- er volgt nog een naam vanuit het Centrum Gezondheid en Maatschappij dat de GGDen ondersteunt op het gebied van milieu en gezondheid

Groet!

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 18:33

288234

To: (10)(2e))' < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Beste (10)(2e)

Vanuit het RIVM stel ik de volgende personen voor:

- (10)(2e)
- (10)(2e), (10)(2e) (Z&O)
- (10)(2e), (10)(2e) (LCI)

Hartelijke groet
(10)(2e)

From: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 21:01
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Dan hoor ik graag gauw wat de definitieve lijst van RIVM-deelnemers wordt om aan LNV door te geven zodat zij iets kunnen gaan plannen.

Groet!

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 20:52
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Inderdaad logisch om hier (10)(2e) en/of (10)(2e) bij te betrekken.
Groet!

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

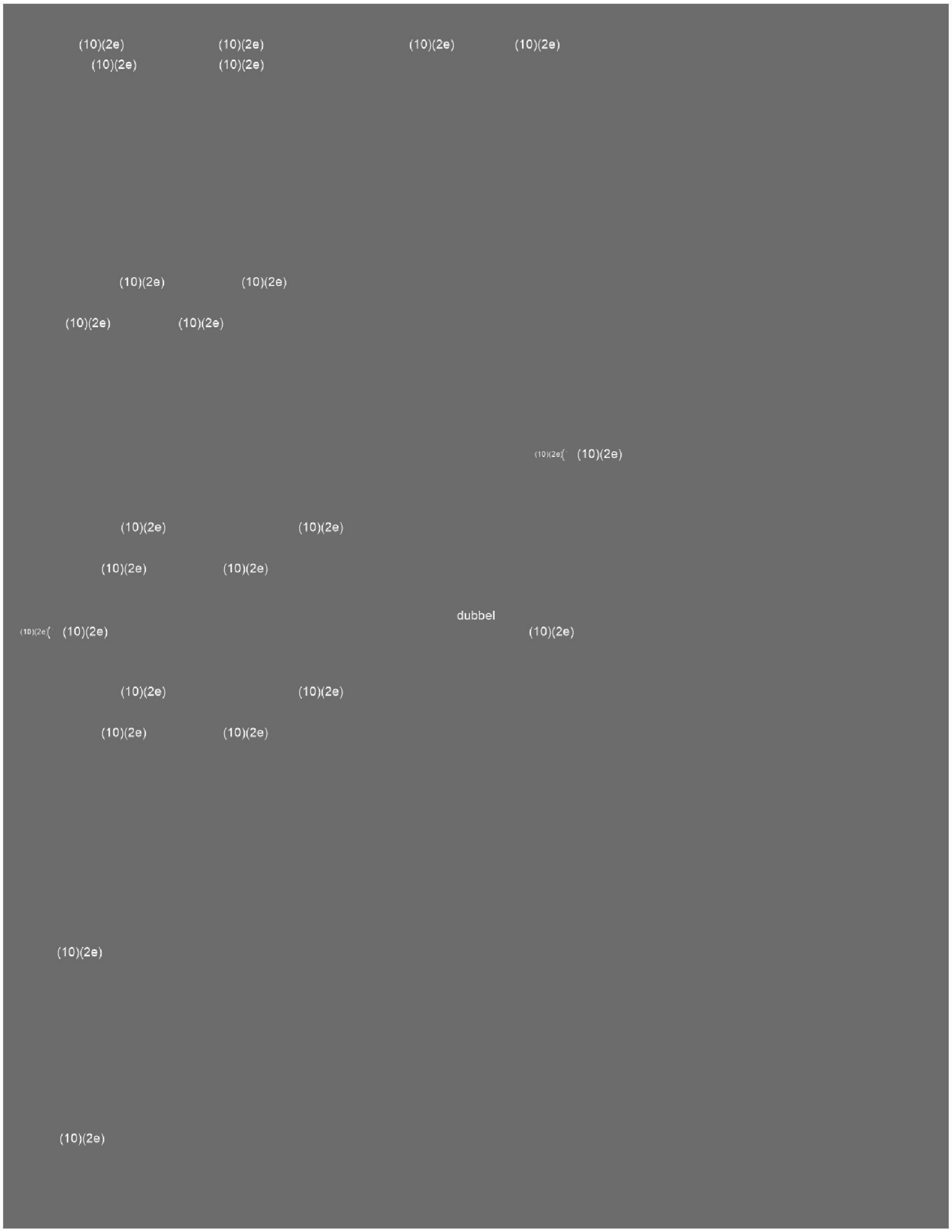
dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)


(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
dubbel
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e)

288235

To: (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e)@igj.nl]; (10)(2e), (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]
Cc: (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) . (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; _Dienstpostbus DCC-VWS[DCC@minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e) . (10)(2e))
Sent: Thur 5/14/2020 5:34:28 PM
Subject: Update Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 (Twm) | Morgen overlegminister
Received: Thur 5/14/2020 5:34:29 PM
image001.jpg
20200514 Nota aan Min VWS Twm def.docx
20200514 Concept Twm versie bewindspersonen (2.3).docx

Hallo (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) e.a.,

Morgen wordt in het bewindspersonenoverleg gesproken over de Tijdelijke wet maatregelen COVID-19 die in de plaats moet komen van de aanwijzingen en noodverordeningen.
Het doel van de wetgeving is voor de langere termijn zaken te regelen (wat niet goed past bij het instrument noodverordeningen) en de democratische legitimiteit te verbeteren.

Concept
Het voorstel dat er nu ligt, is een uitbreiding van de Wet publieke gezondheid met een aantal artikelen die specifiek zijn voor het coronavirus.
De artikelen bieden een aantal mogelijkheden om maatregelen te treffen, die ingevuld kunnen worden met ministeriële regelingen (amvb's). De andere artikelen van de Wpg blijven van kracht, waaronder ook artikel 7 dat de mogelijkheid biedt opdrachten te geven aan de voorzitter veiligheidsregio's. De nieuwe artikelen moeten echter met voorrang gebruikt worden, dus art. 7 is alleen nog beschikbaar voor maatregelen die niet worden geregeld met de extra artikelen.

Inhoud
Het idee is dat alle maatregelen die nu via de noodverordeningen zijn geregeld, straks via de nieuwe artikelen (kunnen) worden geregeld, o.a.:
- 1,5 meter afstand bewaren
- Evenementen verbieden
- Gebieden sluiten
- Contactberoepen verbieden
- Scholen en kinderopvang gedeeltelijk sluiten
- Bezoekverbod verpleeghuizen

Het artikel voor het bezoekverbod van verpleeghuizen is nog in behandeling. Het idee is om met het artikel iets breder maatregelen mogelijk te maken, bij alle zorginstellingen of zorgaanbieders. Ook kan straks onderscheid worden gemaakt tussen gemeenten.

Toezicht en handhaving
Hoe toezicht en handhaving moet worden uitgevoerd is nog niet genoeg uitgewerkt. Het algemene idee is dat burgemeesters verantwoordelijk worden voor handhaving in de openbare ruimte en dat sectorale toezichthouders verantwoordelijk worden voor toezicht in de eigen sector. Voor VWS zou dat dus betrekking hebben op IGJ en NVWA. Van de IGJ zou dan verwacht worden dat jullie toezicht houden op zorgaanbieders (inrichten van de organisatie, eventueel bezoekverbod) en eventueel (para)medische contactberoepen.

Proces en afstemming
De druk op het traject is zeer hoog. Er is daardoor niet genoeg tijd om met iedereen (goed) af te stemmen.
Morgen wordt besproken met de bewindslieden of zij akkoord zijn met enkele dagen uitstel voor de consultatieperiode. JenV heeft aangegeven het ook in het Veiligheidsberaad te willen bespreken en BZK met de VNG. Met (10)(2e) heb ik afgesproken dat we bekijken of het mogelijk is maandag een bijpraatbijeenkomst te hebben met PG-ers. Hoe het precies met IGJ kan worden afgestemd was net nog niet duidelijk, daarom heb ik afgesproken om (10)(2e) alvast mee te nemen in deze mail.

Vragen
- Willen wij het voorstel met GGD GHOR Nederland bespreken? Zo ja, wie doet dat?
- BZK wil per se verantwoordelijkheden weg bij de veiligheidsregio's en beleggen bij de burgemeesters. Wat vinden wij daarvan? Aanvullend op de nota van (10)(2e) lijkt het me ook nog gecompliceerd dat de bevoegdheden in de rest van de Wpg (quarantaine, isolatie, gebouwen sluiten, maatregelen op vliegvelden) allemaal belegd zijn bij de voorzitter veiligheidsregio. Wordt het niet te ingewikkeld als de burgemeesters de openbare orde maatregelen moeten doen en de voorzitter veiligheidsregio de infectieziektemaatregelen?
- Als jullie nog andere vragen hebben, hoor ik het graag.

Andere aanpassing Wet publieke gezondheid
(10)(2e) werkt ondertussen ook aan een andere spoedwet, die enkele artikelen uit de Wpg moet aanpassen. Die aanpassing is er vooral op gericht om maatregelen te kunnen treffen op basis van een gegrond risico op besmetting en niet alleen na het vaststellen van een besmetting. Dat is belangrijk om bijvoorbeeld quarantaine in te kunnen stellen voor iedereen die het (ei)land wil betreden of een gebouw te sluiten. De bedoeling is om dat wetsvoorstel via ICCb-MCCb naar de Ministerraad

te brengen. Ik heb daar nog contact over me (10)(2e)

Groeten, (10)(2e)

---

drs (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e)
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Publieke Gezondheid
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

06 (10)(2e) Verdieping: (10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 6/17/2020 7:05:49 PM
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit
Received: Wed 6/17/2020 7:05:49 PM

Dit is correct (10)(2e)
Alleen meen ik dat het gesprek met (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) is.

Ik zal (10)(2e) een reminder sturen.
Groet!

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 17 juni 2020 08:34
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Hoi (10)(2e) de nota is gisteren besproken in de DR en heeft geleid tot positieve besluitvorming. Het afhechten van de 280K in de begroting vraagt nog een stap (volgende week nog een overleg met (10)(2e) maar teneur van de discussie was positief en voorstel is aangenomen (hoop dat (10)(2e) het kan bevestigen*). DR wil wel vinger aan de pols houden en onderwerp tussentijds terug laten komen (dus niet pas na half jaar). Start wat mij betreft per 1 september.
t.a.v. Brabant traject: (10)(2e) en ik hebben kort overleg gehad. (10)(2e) heeft (10)(2e) (10)(2e) van VWS een mail gestuurd over hoe nu verder. Zij komt er binnenkort op terug en dan gaan we ook de DPG GGDBZO benaderen.
Groet
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 16 juni 2020 16:46
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Ha (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) in cc)

Ik ben heel benieuwd naar de uitkomst van de DR van vandaag.
Is de Nota programma regionaal goedgekeurd?
Tevens vroeg ik mij af wat er concreet naar aanleiding van onderstaande communicatie is afgesproken?

Dank alvast!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)
Centrum voor Zoonosen en Omgevingsmicrobiologie (Z&O)
Postvak (10)(2e) kamer (10)(2e)
....
T 030 (10)(2e)
E (10)(2e) @rivm.nl
....
aanwezig: (10)(2e)
Emailcheck 2 maal daags; telefonisch contact voor snelle respons

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) ((10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

288243

To: _Groep DMO medewerkers[(10)(2e)@minvws.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
Sent: Fri 5/15/2020 3:34:00 PM
Subject: dagmail vrijdag 15 mei 2020
Received: Fri 5/15/2020 3:34:01 PM
20200515 Routekaarten kwetsbare personen Compleet 15.18.docx

Beste mensen,

Dit was de week waarin we een nieuwe DMOer in ons midden hebben gekregen. (10)(2e) en (10)(2e), gefeliciteerd met (10)(2e)
Vandaag was helaas ook de laatste werkdag van onze collega (10)(2e). Dank en het ga je goed als (10)(2e) (10)(2e)

En nu weer weekend. Ik ga even met (10)(2e) en mijn dames heerlijk uitwaaien in Bergen. Wat jullie?

En verder:

1. **De routekaarten zijn bijna gereed**
Ik stuur de laatste versie ter info mee. Deze routekaarten worden niet zo gepubliceerd, maar vormen de basis voor passages voor de brief die naar de Kamer gaat voor het debat en de spreektekst voor de minister bij persconferentie en debat. Het is wel een handig overzicht dat minister steeds onder de arm mee kan nemen naar overleggen. Ze zijn afgestemd met de meest belangrijke partners.

2. **Financiën gemeenten**
In de politieke vijfhoek van 12 mei is een steunpakket voor de medeoverheden besproken ten aanzien van de continuïteit van financiering van zorg en ondersteuning in het sociaal domein (WMO / jeugd) stond nog een pm. Er wordt nu gewerkt aan een beslisnotitie voor aanstaande dinsdag. Dit ter nadere uitwerking van de afspraken van 25 maart tussen gemeenten en Rijk over het bieden van financiële zekerheid aan zorgorganisaties en professionals. Onderwerpen zijn oa de meerkosten voor gemeenten, niet geleverde toch zorg doorbetalen, het vraagstuk van de boeggolf en de periode na 1 juni.

3. **Overleg NDSD**
Het overleg met directeuren sociaal domein stond dinsdag in het teken van het advies van de (10)(2e) Dit advies wordt dit weekend verwacht. (10)(2e) gaf een korte toelichting en kwam met drie aandachtspunten. 1. Ontferm je over de kwetsbare groepen (daar is de impact groot), 2 organiseren van de samenwerking en 3 het eigenaarschap. (10)(2e) pleit voor meer ruimte voor lokaal maatwerk. Uit reacties van gemeenten bleek (weer eens) dat er lokaal heel veel gebeurt. Er ontstaan prachtige coalities, men doet wat nodig is los van structuren. Als aandachtspunt kwam naar voren het ¨echt¨ betrekken van de jongeren bij doordenken scenario´s en besluitvorming. Niet denken voor maar denken met… Een bekend punt. Aan het Rijk de vraag om na te denken over landelijke indicatoren om wat er nu gebeurt te volgen (eenduidig).

Tot maandag!

(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Thur 5/28/2020 3:08:54 PM
Subject: RE: MVNA
Received: Thur 5/28/2020 3:08:55 PM

OK

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 28 mei 2020 16:43
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: MVNA

Hoi (10)(2e)

Omdat Wim de nertsen doet, blijft er niet zoveel over. De positieve katten horen namelijk bij de nertsen. Dan blijft alleen 1 hond over.
Ik kan wel iets vertellen over de processen in de zoonosenstructuur, maar wie weet noemt Wim het OMT al wel. Wij kunnen wel de (10)(2e)@cts noemen. Ik zal een dia klaar houden over de zoonosestructuur, voor het geval dat, maar ik wilde maar niet een presentatie voorbereiden

Groet
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 28 mei 2020 16:24
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: MVNA

Dankje (10)(2e)
(10)(2e) was jij ook van plan morgen bij MVNA iets te vertellen?
Ik wil in mijn welkomswoord kort iets zeggen over incidentele besmettingen bij dieren.
groet

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 28 mei 2020 16:14
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: Veehouderij luchtkwaliteit en covid-19 -procesnotitie27052020 AG

Hierbij de presentatie van Z&O in april COVID bij dieren.

Ondertussen in NL nog meer ontwikkelingen:

Nertsenbedrijven positief getest met ziekte en sterfte bij nertsen, besmet door verzorgers nertsen met klachten werkzaam op bedrijven.

Katten rond en mensen werkzaam op bedrijven besmet door nertsen

Genetische analyses van SARS-CoV-2 van nertsen zijn diverser dan van OVID-19 patienten in NL. Enkele verzorgers nu zelfde sequenties als nersten.

Hond positief getest (PCR), maar niet bekend of kalchten gerelateerd waren.

gr,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 4:59:53 PM
Subject: RE: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00
Received: Fri 5/22/2020 4:59:53 PM

Fijn!

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 14:21
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00

Hoi, zie onder, Wim kan vrijdag iets over de nertsen vertellen!
Gr. (10)(2e)

From: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @wur.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 11:19
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @wur.nl>
Subject: RE: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00

Hallo (10)(2e)

Ik kan over de onderzoeken over Covid19 in relatie tot de nertsen etc. vertellen.
Vrijdag 29 mei om 13:00 zou moeten kunnen in mijn agenda.

Groet
Wim

Wim H. M. van der Poel DVM, PhD
Professor of Emerging and Zoonotic Viruses, Wageningen University

Wageningen BioVeterinary Research,
Department of Virology,
Houtribweg 39, 8221 RA, Lelystad,
The Netherlands.
T +31 (10)(2e)
M +31 (10)(2e)
E (10)(2e) @wur.nl

(more information about (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) on Twitter, LinkedIn, ResearchGate)
www.wageningenur.nl/en/
(follow us on: Twitter, Linkedin)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: 21 May 2020 16:59
To: (10)(2e) < (10)(2e) @wur.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @wur.nl>

Subject: FW: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00

Hoi (10)(2e) en (10)(2e)

Op 29 mei om 13h00(-15h00) zouden we graag een online Med-Vet-net bijeenkomst willen organiseren met als onderwerp de ervaringen van de verschillende instituten met SARS-CoV-2.
Zien jullie kans om die bij te wonen? Of zijn jullie zelf te druk? Of zou dan iemand anders van WBVR de bijeenkomst kunnen/willen bijwonen (zie ook eerder mail naar alle GB members).

Ik was bij het RIVM bezig om (10)(2e) te vragen om een update van NL te geven, de dingen die we hier tegenkomen (10)(2e) stelde voor om vanuit RIVM risicoschatting huisdieren en info aan veterinaire professionals (zie mail hieronder) en jullie te vragen om misschien iets over de nertsen te vertellen? Of iets anders? Misschien de diagnostiek?

Laat maar weten of zoiets zou lukken?
Alvast bedankt voor jullie antwoord.

Gr. (10)(2e) (10)(2e)

Dr. (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) Project Manager

MED·VET·NET ASSOCIATION

(10)(2e) (10)(2e), PhD, DVM | Dept. animal&Vector at Laboratory for Zoonoses and Environmental Microbiology | National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) - Centre for Infectious Disease Control | Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | 3721 MA | Bilthoven | The Netherlands | Tel. +31 (10)(2e) (10)(2e)@rivm.nl | http://www.rivm.nl

---

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 18:15
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00

Wellicht kan (10)(2e) die presentatie van (10)(2e) houden, toegesneden op risico-schatting huisdieren en informatie aan veterinaire professionals?
En Wim vragen voor de nertsen?!

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 18:11
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00

Hoi,

Ik sluit sowieso aan. Geen probleem om iets te vertellen, maar ook prima als (10)(2e) dat zou doen.

Groet
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 18:03

To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00

Hi (10)(2e)

In principe ben ik dan vrij en volgens mij kan (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) veel beter iets vertellen over COVID bij nertsen. Maar als jullie het toch willen, overleg ik even met kitty.

Gr,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 17:24
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00

Hoi (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

MVNA wil 29 mei een online bijeenkomst organiseren om ervaringen/onderzoeken die lopen (past, present and future) te delen met Public Health instituten in andere landen.
We zouden jullie willen vragen of jullie op vrijdag 29 mei tussen 13h00-15h00 beschikbaar zijn? Het is aansluitend aan de online OHEJP ASM.
En of jullie(kort) iets zouden willen/kunnen vertellen over:

- (10)(2e) ?: – SARS-CoV-2 bij nertsen en/of katten(wat er bekend is tot nu toe)
- (10)(2e) : onderzoek naar SARS-CoV-2 in afvalwater?

Het moeten geen uitgebreide wetenschappelijke presentaties zijn, maar een paar slides (max 5) met wat er nu bekend is, of waar je tegenaan gelopen bent, om kennis uit te wisselen met andere instituten en gelegenheid voor vragen.
Het hangt een beetje ervan af hoeveel ik binnenkrijg, hoeveel tijd iedereen krijgt, dat weet ik pas 22 mei..., hopelijk is dat geen probleem voor jullie?
Ik hoop dat jullie tijd hebben...

Alvast bedankt voor jullie antwoord!

Gr. (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: donderdag 14 mei 2020 17:15
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Invitation and help: MVNA OneHealth COVID-19 online session 29th May 13h00- (max) 15h00

Beste allen, zie mail hieronder.

(10)(2e) en ik zullen zelf ook mensen benaderen of ze interesse/tijd hebben om de ervaringen van RIVM met de corona-uitbraak te delen (gericht op OneHealth), maar mocht je graag een bijdrage willen leveren, laat het gerust weten.
Iedereen kan sowieso de online meeting bijwonen, meer info daarover volgt nog.

Gr. (10)(2e)

Dear GB members,

We would like to invite you (and everyone in your institute that is interested) to a MVNA online session dedicated to your experiences with COVID-19.
To be held after the OHEJP ASM: **Friday 29th May 13h00 CEST till (max) 15h00.**

For this session we would like to ask you whether you (or one of your colleagues) would be able to bring in your experiences during the SARS-CoV-2 outbreak.
This could be related to:

- Assistance of vet labs in COVID-19 (public health) diagnosis
- Research activities on COVID-19 (animal health, food, environment)
- Epidemiological work on COVID-19 (like in minks, cats or other animals)

The aim is to have a relaxed meeting, where you are able to share your experience and hear from experiences in other countries.
We are aware that many of you will be very busy working on the outbreak, however, we hope that you (or at least one of your colleagues) would be able to join this meeting.
The meeting is open to all MVNA colleagues that find it interesting, so please share this email within your institutes.

Please, let me know whether:

1. you (and/or others from your institute) would like to join this meeting
2. you (and/or others from your institute) would like to present your institutes experiences (If you would like to use a presentation: a maximum of 1-5 slides per person)

Please, send your answer before Monday 22th May 2020.

From your input I will try to make a provisional program before the meeting, which can be flexible depending on the discussion/needs.

More information on how to join the meeting will be send later.

Best wishes, on behalf of the MVNA bureau,
(10)(2e)

Dr. (10)(2e) (10)(2e)
Med-Vet-Net Association Project Manager

MED-VET-NET ASSOCIATION

(10)(2e) (10)(2e), PhD, DVM | Dept. animal&Vector at Laboratory for Zoonoses and Environmental Microbiology | National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) - Centre for Infectious Disease Control| Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 |3721 MA |Bilthoven | The Netherlands | Tel. +31 (10)(2e) (10)(2e)@rivm.nl | http://www.rivm.nl

288265

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Tue 5/19/2020 1:47:02 PM
Subject: FW: Tweede EU Corona-call open; morgen infomiddag online
Received: Tue 5/19/2020 1:47:02 PM
Agenda - 2nd call info session (20 May 2020).pdf

Just fyi
Ik zie niet direct mogelijkheden voor Z&O

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

(10)(2e)

To: _Groep PG-DDA Crisis Extra incl. bewindslieden[(10)(2e) @minvws.nl]; _Groep PG-DDA Standaard[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @kabinetvandekoning.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @vru.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @minszw.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @nctv.minjenv.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minaz.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minocw.nl]; (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @kabinetvandekoning.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; Crisiscoordinator BZ[(10)(2e) @minbuza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minaz.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbuza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minaz.nl]; DCC BZK[(10)(2e) @minbzk.nl]; DCC LNV[(10)(2e) @minlnv.nl]; DCC SZW[(10)(2e) @minszw.nl]; (10)(2e) @minienw.nl[(10)(2e) @minienw.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbuza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @MINSZW.NL]; (10)(2e) [(10)(2e) @ifv.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @kabinetvandekoning.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbzk.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minszw.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @nctv.minjenv.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @rivm.nl]; Jonge, H.M. de (Hugo)[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) @rivm.nl[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbuza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minaz.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minszw.nl]; LCI[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @lhv.nl]; LOCC[(10)(2e) @minjenv.nl]; LOTC[(10)(2e) @ifv.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbuza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @ifv.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @ifv.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; NCC[(10)(2e) @nctv.minjenv.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minaz.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbuza.nl[(10)(2e) @minbuza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbuza.nl[(10)(2e) @minbuza.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @nvwa.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minaz.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minbzk.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @belastingdienst.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 6:05:55 PM
Subject: Sitrap Veiligheidsregio's nr 14
Received: Fri 5/22/2020 6:05:58 PM
20200522 SITUATIERAPPORT DCC VWS aan Veiligheidsregio's #14.pdf
Brief Directeuren Publieke Gezondheid - Rol GGD in testbeleid buitenziekenhuizen.pdf

Beste collega's,

Vandaag alleen de sitrap aan de Veilgheidsregio's (met als bijlage een brief van 10 april aan de Directeuren Publieke Gezondheid die op verzoek voor de Veiligheidsregio's nogmaals was bijgevoegd).

Fijn weekend!

Groeten, (10)(2e)

288283

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) | Departementaal Crisiscentrum VWS |
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
Directie Publieke Gezondheid | Afdeling Crisisbeheersing en Infectieziekten |
M 06-(10)(2e) E (10)(2e)@minvws.nl |

To: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Tue 5/5/2020 6:57:43 PM
Subject: RE: agenda DR 6 mei
Received: Tue 5/5/2020 6:57:43 PM

Dag (10)(2e)

Bedankt voor deze suggesties. Ik heb de stukken nu ook zelf gelezen en zal gebruik maken van de door jou aangereikte munitie.

De idee is inderdaad dat Jaap deelneemt aan de strategische DR.

Groet!

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 09:41
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: agenda DR 6 mei

Dag (10)(2e)

ik heb de DR stukken voor 6 mei a.s. gelezen. Er zijn wat mij betref een viertal stukken waarbij opmerkingen te maken zijn. Wat opvalt is dat er veel bedrijfsvoering stukken zijn

DR nota Jaarplan. Superblauwe nota waarin X matrix wordt benoemd als opvolger van de A3 methodiek. Weinig informatie over scholing van Management tav gebruik van X matrix, terwijl het komende jaar CHs en stafhoofden daar al wel mee moeten werken. Tijdlijn lijkt doenbaar tenzij corona ook in najaar veel tijd blijft vergen en back to usual nog niet aan de orde is.

Ontwikkelplan. Op dia 2 wordt met een vraagteken gemarkeerd dat er geen eigenaar is van dit plan, terwijl verderop aangegeven wordt dat dit zo is. Dit is een ernstige zaak. In het ontwikkelplan is optimisme over allerlei zaken die we kunnen gaan doen zonder dat rekening gehouden wordt met grote aankomende bezuinigingen, ja ondanks alles ook voor het RIVM om de overheidsfinancien weer op orde te krijgen. Deze awareness mogelijk inbrengen. Ik voel dat al bij VWS.

Programma strategische DR 18-19 mei. Is jaap daarbij of doe jij dat. Eigenlijk moet Jaap dit zelf doen m.i.. programma nog heel schetsmatig, maar lijkt ok.

Toprichtlijnen. Prima om hier aan te willen gaan voldoen: instemming. Maar voldoen aan die richtlijnen kost tijd en geld. Ik mis de aandacht daarvoor. Dit moet ook bij de eigenaar onder de aandacht gebracht worden omdat dit aanzienlijke hoeveelheid inspanning en expertise en dus geld kost. Mogelijk kunnen we gebruik maken van Data Archiving Services van NWO (DANS). Dit vergt specifieke werkers en kunnen we niet alleen onze wetenschappers overlaten. Bijvoorbeeld: Jacco moet niet zelf al die 'open' activiteiten gaan doen, maar daar iemand dedicated voor in zijn team hebben.

Groet (10)(2e)

Met vriendelijke groet
(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Coordinator Strategie- en Beleidsteam Infectieziektebestrijding a.i.

T: 030 - (10)(2e) M: 06 (10)(2e)
E: (10)(2e) @rivm.nl

Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
Antonie v. Leeuwenhoeklaan 9 | Postbus 1 | 3720 BA | Bilthoven
+31 6 (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>

Verzonden: vrijdag 1 mei 2020 15:52
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: agenda DR 6 mei

Dag allen,

Hierbij de agenda voor de DR van 6 mei.
Stukken zijn in te zien op RIVM.doc. Input welkom!

groet

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/25/2020 2:40:50 PM
Subject: RE: aanpassing osiris
Received: Mon 5/25/2020 2:40:51 PM
BRONONDERZOEK_OSIRIS vragen_2_sh_rvg.docx

Onderstaande suggestie stuurde (10)(2e) (10)(2e) dit weekend nav het testen van de koppeling HPzone/orisirs.

Over aanpassingen gesproken; tijdens het testen kwam de volgende suggestie naar boven (wanneer er toch een wijziging op de vragenlijst komt):
Voor de vraag: "is er één patiënt aan te wijzen als meest waarschijnlijke bron" [EPI1PatMWbron] Het voelt voor de GDD'ers heel onnatuurlijk om hier Nee te antwoorden wanneer er meerdere gevallen zijn. Één wordt toch gemakkelijk als een gelezen.
Suggestie vanuit de GGD was:

(11)(1)

Ik heb hiervoor een wijziging gemaakt in het formulier waardoor dit hopelijk duidelijker wordt.

Goed plan om het dan ook nog af te stemmen met (10)(2e) en (10)(2e) Ik zou (10)(2e) hier ook graag betrekken zoals ik vanmiddag al zei

---

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:34
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

Hoi (10)(2e)

n.a.v. de opmerking van (10)(2e) vanochtend over 'uitbraaksurveillance' heb ik nog een vraag toegevoegd – zie bijlage.

Zal ik dit met (10)(2e) en (10)(2e) even afstemmen? (10)(2e) vroeg mij vorige week hoe we dit gingen monitoren, dus ook goed om met hem te overleggen.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 08:25
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

Hoi (10)(2e).

Goede aanpassingen, lijkt mij prima zo.

Groeten, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 15:12
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>

Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

(10)(2e) en ik hebben een voorstel gemaakt voor aanpassing van osiris zodat aangegeven kan worden dat een patient opgespoord is via BCO.
Hierbij zijn we zoveel mogelijk uitgegaan van de vragen die momenteel al in osiris staan en dus bij de GGD bekend zijn. Dit heeft uiteraard ook een voordeel voor het R-team.

Waar we nog niet uit zijn is of we van patienten die niet via BCO opgespoord zijn willen weten waarom en waar ze getest zijn.
Waarom: kunnen we afleiden uit bestaande vragen (klachten of niet bijvoorbeeld omdat de patient vanwege andere indicatie is opgenomen in ziekenhuis).
Waar: wat zegt het? Als de huisarts je doorstuurt naar de teststraat is de locatie teststraat. Maar dat is ook zo bij een patient die daar op eigen initiatief naar toe gaat, als dan niet vanwege blootstelling bij beroep.

Suggesties zijn welkom! Ik zal het ook nog voorleggen aan (10)(2e) en/of (10)(2e) om te kijken of het voor de GGD logisch is zoals het nu opgesteld is.

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 09:29
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

Hoi (10)(2e)

Dank je, bij deze suggesties, ik denk dat dit al goed in elkaar zit.

We zouden het nog langs (10)(2e) kunnen laten gaan, om het GGD perspectief mee te nemen. Eerder was er wel verwarring over de vraag naar 'gerelateerde gevallen', (10)(2e) had hier ook ideeen over hoe dat duidelijker te formuleren? Ik denk dat we sensitief willen zijn mbt opsporen clusters, dus we zouden ook niet-labbevestigde gevallen hierbij mee moeten nemen?

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 16:28
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

Hierbij een voorstel voor een nieuwe vraag in osiris mbt brononderzoek. Ik heb een deel van de opmerkingen van Birgit al verwerkt. Haar voorstel was om de vraag uit elkaar te halen: waar getest en waarom getest. Ik heb dat (nog) niet gedaan, maar wel eea al aangepast om het duidelijker te maken.

Wat nog overblijft is de vraag, waar we vanochtend al even over spraken, of we nog een clusternummer kunnen toevoegen aan osiris. Dat vereist nog wat denkwerk en afstemming met de werkwijze van de GGD en registratie in HP zone.

Graag jullie reactie
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 14:43
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

Ja prima. Is het handig dat ik ook aansluit bij het COVID overleg?

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 14:41
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

Dank! Aansluitend aan het COVID-19 overleg hier nog even samen naar kijken?

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 12:09
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

Hoi,

Dank. Hierbij ook mijn opmerkingen, ook in het document van (10)(2e) Je wil eigenlijk info op twee verschillende niveaus verzamelen. Per BCO cluster om ook BCO te kunnen evalueren. Blijkbaar is daar in HP Zone een aparte module voor. Dit zou je idealiter een op een willen overzetten in OSIRIS. Daarnaast heb je de registratie per case waarin ook wordt gevraagd naar BCO. Een deel overlapt dan, of zou dan op een andere manier dan in HP Zone moeten worden geregistreerd, met mogelijk nog meer dubbel registratie.

Zie mijn opmerkingen in bijgevoegde documenten. Goed om dit nog even in een overleg verder te bespreken.

Groeten, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 11:04
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: aanpassing osiris

Dank je – ik zal er zo naar kijken, maar nu alvast nog iets dat mee zou moeten in de aanpassing osiris: info verzamelen over kwaliteit (tijdigheid, compleetheid) contact-inventarisatie bij cases - zie bijlage. Bv de vraag: 'datum inventarisatie contacten afgesloten'. En het aantal contacten in groep 1, 2, 3?

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 09:55
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: aanpassing osiris

Hierbij een voorstel voor een nieuwe vraag in osiris in het kader van BCO. Deze vraag zou dan de huidige brononderzoek vraag (zie plaatje hieronder) vervangen.
Graag jullie suggesties!

BRONDONDERZOEK
Hoe is de patient opgespoord?
- Via teststraat vanwege contact met bevestigde COCVID-19 patient
  - Zo ja, wat is osirisnummer van deze patient?
  - In welke setting vond het contact plaats? *Lijst die nu al in osiris staat (zie plaatje hieronder)*
- Via teststraat vanwege blootstelling tijdens werk [*willen we onderstaande navragen? Dit overlapt met de beroepenvraag]*
  - *Zorgmedewerker of paramedicus met contact met mensen binnen 1.5m*
  - *Kinderopvang (0-4 jaar)*
  - *Basisschool en buitenschoolse opvang (4-12 jaar)*
  - *Middelbaar onderwijs, inclusief MBO (12+)*
  - *Hoger onderwijs (16+ jaar)*

- *Horecamedewerker met contact met klanten*
- *Openbaar Vervoer-medewerker met contact met klanten*
- *Mantelzorger*
- *Politie, marechaussee, brandweer, DJI of BOA*
- *Overige beroepen met contact met mensen binnen 1.5m*
- *Overig beroepen zonder contact met mensen binnen 1,5 m*

- Via teststraat op eigen initiatief
- Via artikel 26 melding [*uitbraak op school, kinderopvang,... ; is dat een logische categorie?*]
- Via huisarts
- Via ziekenhuis
- Anders
  - Namelijk ...

Huidige vraag:

NCOVlblbrononderzoek	**Brononderzoek**	
EPIPatGerelateerd	Zijn er gerelateerde ziektegevallen	O Ja O Nee O Onbekend
NCOVsettingClusterV2	In welke setting was er sprake van gerelateerde gevallen *meerdere antwoordopties mogelijk* **(Vul deze vraag alleen in als op vraag EPIPatGerelateerd het antwoord Ja is gegeven.)**	[ ] Thuissituatie [ ] Overige familie [ ] 1e lijn gezondheidszorg / huisarts [ ] 2e lijn gezondheidszorg / ziekenhuis ....
NCOVsettingClusOms	Geef indien mogelijk een omschrijving van de setting(s). **(Vul deze vraag alleen in als op vraag NCOVsettingClusterV2 het antwoord Overig, Overige gezondheidzorg, Overige woonvoorziening of Overige dagopvang is gegeven.)**	____________________
EPI1PatMWbron	Is er één patiënt aan te wijzen als meest waarschijnlijke bron **(Vul deze vraag alleen in als op vraag EPIPatGerelateerd het antwoord Ja is gegeven.)**	O Ja O Nee O Onbekend
NCOVOsirisnr1	Osirisnummer (indien vermoedelijke bron in Nederland is gemeld) **(Vul deze vraag alleen in als op vraag EPI1PatMWbron het antwoord Ja is gegeven.)**	_______
NCOVOsirisnrGerel	Osirisnummers gerelateerde gevallen *Verschillende nummers scheiden met een komma* **(Vul deze vraag alleen in als op vraag EPI1PatMWbron het antwoord Nee is gegeven.)**	____________________
lblEindeVragenlijst		

288316

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/25/2020 6:56:06 AM
Subject: Doorst: Overleg Planbureaus/RIVM 25-5
Received: Mon 5/25/2020 6:56:06 AM
200523 Briefadvies concept v4 hm.docx

Met hartelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

================================
RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij
(10)(2e) Volksgezondheid en Zorg
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Tel.nr: 030 (10)(2e)
Mob.nr: 06 (10)(2e)
E-mail: (10)(2e)@rivm.nl
Afwezig op vrijdag

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@pbl.nl>
Datum: 25 mei 2020 om 08:44:51 CEST
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@cpb.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@scp.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@cpb.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@scp.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@pbl.nl>
CC: (10)(2e) <(10)(2e)@cpb.nl>
Onderwerp: RE: Overleg Planbureaus/RIVM 25-5

Goedemorgen (10)(2e) en anderen),
Dank weer voor je inspanningen. Structuur werkt zo inderdaad beter. Bijgaand wat aanvullende suggesties op woord- en zinsniveau. Mogelijk op onderdelen bespreekpunten voor straks.
Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@cpb.nl>
Verzonden: zondag 24 mei 2020 14:45
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@scp.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@cpb.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@pbl.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@scp.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@pbl.nl>
CC: (10)(2e) <(10)(2e)@cpb.nl>
Onderwerp: RE: Overleg Planbureaus/RIVM 25-5

Goedemiddag,
Hierbij een volgend concept van onze 'brede adviesbrief'.
Ik heb suggesties van anderen (grotendeels) overgenomen.
Goede suggesties voor een andere structuur en nuttige concretisering.
Al met al is het er niet korter op geworden.

We zeggen nu op een paar plaatsen dat korte termijn met lange termijn moet worden verbonden (voorkomen permanente schade, benutten kansen). Eigenlijk is dat toch een kernelement van het brede welvaartsperspectief. Dat kan wellicht beter bij elkaar komen in één alinea.

Voor CPB staat nog een geeltje open om iets meer te zeggen naar aanleiding van de nieuwe scenario's ((10)(2e)?).
De opmerking over rebound effect vond ik cryptisch, misschien kan PBL daar nog even naar kijken (voorbeeld?).

Ik zou nog een paar woorden aan flexibiliteit willen wijden. In een onzekere wereld moet je snel kunnen schakelen en lijkt het verstandig om reserves op te bouwen.

288316

Een frisse redactionele blik zal de tekst zeker goed doen.

Ik hoop dat we dit na morgen snel kunnen afronden.

vr.gr.
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@scp.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 13:14
To: (10)(2e) <(10)(2e)@cpb.nl>; (10)(2e)@pbl.nl; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@cpb.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@scp.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)@pbl.nl' <(10)(2e)@pbl.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@scp.nl>
Subject: Overleg Planbureaus/RIVM 25-5

Beste collega's,

Ten behoeve van ons overleg morgen stuur ik jullie even een korte agenda:

1. Bespreken `brede adviesbrief'
   a. bespreken conceptversie (volgt via (10)(2e)
   b. moment van versturen/uitkomen (maken wij gelijktijdig met versturen aan kabinet openbaar op onze sites?)
   c. communicatiestrategie (positionering t.o.v. SER Denktank advies en Cie (10)(2e) en afspraken (persbericht; afstemming tussen de Pb's bij persvragen/woordvoering)
   d. SGO wil a.s. donderdag met ons verder spreken over scenario's o.b.v. onze eerste adviesbrief; evt. insteek voor donderdag bespreken.
2. Adviesbrief thuiswerken/OV/weg
   a. kort: voortgang/stand van zaken (overleg over deze brief op donderdag as.)
3. Overleg KNAW/OCW
   a. Dank voor jullie reacties op de terugkoppeling van het overleg met OCW en KNAW. Ik zou op basis van de reacties een voorstel doen voor terugkoppeling aan (10)(2e) Zie hieronder. Mocht daar nog een opmerking bij zijn dan hoor ik het morgen wel.
   b. Voorstel: "We zien het als positief dat de wetenschap zich mobiliseert om kennis ten behoeve van het begrip en de effecten van de crisis te verzamelen en bundelen, en ook als departementen hun kennisvragen willen inventariseren, maar vinden dat KNAW niet kan gaan over de beoordeling en het uitzetten van kennisvragen. Departementen kunnen zelf bepalen of ze een vraag bij bijvoorbeeld de planbureaus of kennisinstellingen van het Rijk uitzetten, of dat ze dit bij de universiteiten doen. In dat laatste geval kunnen wij ons indenken dat de KNAW behulpzaam kan zijn om dit snel te realiseren door overzicht te bieden en samenwerking in de wetenschap te bevorderen. Het is belangrijk te realiseren dat het actief zijn op de interface tussen kennis en beleid – zoals de planbureaus dat doen - iets anders is dan wetenschap naar het beleid brengen. Wij hebben in de kennisinfrastructuur en de besluitvorming onze eigen rol te vervullen, los van KNAW. Elkaar op de hoogte houden/informeren lijkt ons uiteraard prima. Over onze rol zetten we het gesprek met het SGO graag verder voort."
4. Wvttk

Tot zover. Fijne zondag en tot morgen,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/19/2020 8:58:48 AM
Subject: FW: Adviesvraag Minister OV-gebruik
Received: Tue 5/19/2020 8:58:49 AM
Briefadvies auto- en OV-gebruik_opzet18052020.docx

Ha Collega's,

Blijft belangrijk om ook vanuit gezondheidsperspectief mee te kunnen kijken met adviezen-in-voorbereiding van onze collega-instituten. Het OV-auto advies waar PBL en SCP mee aan de slag zijn, wordt nu niet getoetst op gezondheidseffecten. De voorgestelde maatregelen kunnen met een net iets andere insteek beter bijdragen aan het beter navolgen van de nu zo belangrijke gedragsmaatregelen en gezondheid in het algemeen.
Derhalve toch een paar meegevers – na intern overleg - vanuit ons ri PBL.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 10:16
To: (10)(2e) < (10)(2e) @pbl.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Adviesvraag Minister OV-gebruik

Goedemorgen (10)(2e),

Naar aanleiding van ons telefoongesprek en de gestuurde documenten hebben we intern overlegd.

Het RIVM heeft gisterenmiddag ook deelgenomen aan het overleg met de directeuren van de planbureaus. Daarbij werd bij deze adviesvraag geconcludeerd dat dit geen directe vraag aan het RIVM is. De beoordeling van de voorgestelde beleidsopties op o.a. economische effecten en handhaafbaarheid is ook niet aan het RIVM.

Vanuit gezondheidsperspectief geven we jullie wel graag de volgende overwegingen mee:

- Met name bij boodschappen doen en op het werk is het lastig om de 1,5m afstand aan te houden weten we uit eigen onderzoek. Verruiming van openingstijden van winkels en werktijden bij bedrijven (deel vroeg starten, deel laat starten) kan voor betere spreiding van aanwezigheid zorgen, is daarom te prefereren boven enkel verschuiven van de tijden
- Hoger onderwijs op latere tijdstippen laten starten kan voor jongeren gezondheidsvoordelen hebben vanuit hun biologische klok (middag & avond onderwijs – maar bij voorkeur niet later dan 21u aangezien een deel van de studenten ook te maken heeft met reistijden van een uur of meer).
- Fietsen (al dan niet met e-bikes) ontbreekt als alternatief op het OV en de auto – tot 15 of 20km een optie – met ook extra gezondheidsvoordelen (de helft van de bevolking geeft aan minder te sporten en bewegen dan voor de pandemie)
- Coronapaspoort gebaseerd op aangetoonde aanwezigheid van antistoffen is vanuit de huidige stand van de kennis nog niet aan de orde (zelf als er met een serologische test antistoffen voor covid-19 worden gevonden, dan weten we nu nog niet of dit betekent dat iemand niet nogmaals besmet kan worden) – geen serieuze optie dus voor de korte termijn

In een later stadium zouden we eventueel kunnen meedenken over gedragsinterventies, met name als dit keuzes voor individuele burgers betreft.

Groeten,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

National Institute for Public Health & the Environment (RIVM)

Department of Health Economics
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven

+31 (0)6 (10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@pbl.nl>
Sent: maandag 18 mei 2020 20:24
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: Antw: aanpak, structuur, planning

Dag (10)(2e),

Bijgaand een aangepaste versie waaruit o.a. de hoop/verwachting blijkt dat jullie naar de verschillende maatregelen op virologisch vlak kijken.

Groeten,
(10)(2e)

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
Verstedelijking & Mobiliteit
....
Planbureau voor de Leefomgeving
Bezuidenhoutseweg 30 | 2594 AV | Den Haag
Postbus 30314 | 2500 GH | Den Haag
....
M 06 – (10)(2e)
(10)(2e)@pbl.nl
http://www.pbl.nl

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 16:54
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@pbl.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: Antw: aanpak, structuur, planning

Hi (10)(2e),

Bedankt voor de stukken. We hebben hier even overlegd en leidinggevenden willen even met elkaar afstemmen wat we hier zouden kunnen betekenen.

Ze zijn bekend met het krappe tijdspad dus ik verwacht snel antwoord.

Groeten,

(10)(2e) en (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@pbl.nl>

Datum: 18 mei 2020 om 15:05:41 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: aanpak, structuur, planning

Dag (10)(2e),

Zoals beloofd vind je bijgaand een aanpak/structuur voor het het advies en een planning. Beide opgesteld voor we wisten of/hoe RIVM betrokken zou zijn. Dit zal ik aanpassen als wij gebeld hebben.

De genoemde soort maatregelen zijn zeer voorlopig en komen voort uit brainstormen en een beetje uit wat de minister vrijdag in overleg met onze directeuren zei. Bij IenW ligt nog de vraag of we specifieke voorstellen mee moeten nemen.

We bellen!

Groeten,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/17/2020 7:41:38 PM
Subject: Doorst: Kennisagenda
Received: Sun 5/17/2020 7:41:39 PM
bijlage 5 interdepartementale kennisagenda DRAFT.pdf

(10)(2e) (10)(2e)

(Email via smart phone)

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@scp.nl>
Datum: 17 mei 2020 om 15:55:23 CEST
Aan: (10)(2e)@cpb.nl' <(10)(2e)@cpb.nl>, (10)(2e)@pbl.nl <(10)(2e)@pbl.nl>, (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: Kennisagenda

Dag (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

Ter kennisname stuur ik jullie dit document, dat we bij de stukken van het zgn. 7-institutenoverleg op het zorgdomein ontvingen. RIVM zit daar ook bij en wij zijn er agendalid. Wellicht hebben jullie het al, maar voor de zekerheid stuur ik het door. Vrijdag bij de SG's was mijn zoektocht vooral gericht op de inhoudelijke kennisbehoeften achter de scenario's. Dit stuk geeft – althans mij - daar al wat meer richting bij.

Groet,
(10)(2e)

288345

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Tue 5/12/2020 4:17:17 PM
Subject: RE: covid-19-en-mogelijke-relatie-met-dieren
Received: Tue 5/12/2020 4:17:17 PM

yes

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 12 mei 2020 18:05
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: covid-19-en-mogelijke-relatie-met-dieren

(10)(2e)
Dit is nu toch al duidelijk?

Gr,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 17:39
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: covid-19-en-mogelijke-relatie-met-dieren

Hoi (10)(2e) (10)(2e)

Kan een van jullie onderstaande vragen van Kees beantwoorden en de situatie ophelderen ?

groet

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 17:20
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: covid-19-en-mogelijke-relatie-met-dieren

(10)(2e) cc (10)(2e)
Er speelt veel rond covid en relatie met veehouderij, maar wie nu welke vraag stelt lijkt onbekend.

Kunnen jullie mij helpen welke vraag er nu aan het RIVM gesteld is?

1. I&W verwijst (zie antw. op kamerbrief) naar lopend VGO onderzoek
2. VWS heeft volgens mij nog niets gevraagd of geantwoord
3. LNV stelt in deze brief dat RIVM gevraagd is om onderzoek te doen, zie pag 2. Is die vraag aan jullie gesteld per mail of per brief?:

> *Er worden ook vragen gesteld over de rol van de veehouderij in de huidige coronacrisis en de hypothese dat luchtverontreiniging van invloed zou kunnen zijn op de kwetsbaarheid voor COVID-19. In hoeverre er een causaal verband is, is momenteel niet bekend. Ik heb het RIVM gevraagd de onderzoeksmogelijkheden te verkennen naar de relatie luchtkwaliteit, veehouderij en COVID-19. Uw Kamer wordt daarover geïnformeerd*

Volgens mij is het belangrijk om een specifieke, nieuwe onderzoeksopzet te kiezen. Maar ik ben zoekend hoe dit nu loopt.
Wat is er nu concreet aan jullie gevraagd en door wie/welk departement?

dank voor jullie reactie, bellen mag ook
groet
(10)(2e)

(10)(2e)

288363

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/10/2020 8:34:47 AM
Subject: FW: Agenda + stukken voor MT V&Z op 12 mei (12.15 - 14.15 in U 0.22) + GoTo *stukken ook in RIVMdoc*
Received: Sun 5/10/2020 8:34:50 AM
01 Agenda MT VZ_20200512.pdf
02 oplegmemo schouw leidinggevenden s14.pdf
03 20200507 Schouw ah V&Z (pw).xlsx
04 20200508 Bijlage RGW MT V&Z, mail uitvraag def concept.pdf
05 Presentatie_RGW V&Z - handout_MT 12 mei 2020, def.pptx
06 Agenda DR 2020-05-12 [READ].pdf
07 Concept DR 2020-05-06 [READ].pdf
09 conceptverslag 20200421.docx
09 conceptverslag 20200421.pdf
10 overzicht staven van 11 mei tot 27 juli 2020_.docx
11 oplegmemo voor MT's opleidingen voor beginnende leidinggevenden.docx
12 BIJLAGE 5 Management cursussen voor leidinggevenden met minder lange ervaring.docx
13 Parlementair overzicht 2020-05-12.docx
14 GMT-204692 kamervragen mondkapjes.docx
WP9.01_ 200504 Verkenning gedragsaspecten mondkapjes.pdf
WP9.01a Memo Gedragsunit Literatuur rond COVID-19 en mondkapjes_v0105.pdf

Ha Collega's,

Ter aanvulling op de kamervragen over mondkapjes, heb ik hierbij ook het antwoord op de VWS-vraag naar-compliance bij mondkapjes gevoegd als ook de literatuurverkenning die daarvoor vanuit de corona gedragsunit is opgesteld (hier gaat nu nog een redactieslag overheen, tbv ontsluiting via rivm.nl)

Resultaten over de eerste ronde van het vragenlijstonderzoek ism GGD GHOR naar corona-gedragsregels en welbevinden vind je hier: https://www.rivm.nl/onderzoek/gedrag/onderzoek-gedragsmaatregelen-en-welbevinden

Groet & tot dinsdag,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 16:37
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Agenda + stukken voor MT V&Z op 12 mei (12.15 - 14.15 in U 0.22) + GoTo *stukken ook in RIVMdoc*

Hierbij de MT stukken voor aanstaande dinsdag.
De mededelingen volgen maandag en ook nog het paswoord voor de schouw AH (bijlage 03).

Fijn weekend,
(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/25/2020 12:29:43 PM
Subject: RE: nieuwe agenda DR-vergadering 26 mei voor MT overleg morgen
Received: Mon 5/25/2020 12:29:44 PM
1. Agenda DR 2020-05-26.pdf

Excuus, nu mét bijlage!

Please join my meeting from your computer, tablet or smartphone.
https://global.gotomeeting.com (10)(2g)

You can also dial in using your phone.
Netherlands (Toll Free): 0 800 (10)(2e)
Netherlands: +31 (10)(2e)

Access Code: (10)(2g)

New to GoToMeeting? Get the app now and be ready when your first meeting starts:
https://global.gotomeeting.com/install/ (10)(2e)

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:15
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: nieuwe agenda DR-vergadering 26 mei voor MT overleg morgen

Bij dezen stuur ik ook deze nieuwe DR - agenda versie na; ik zal beide documenten (Notitie veehouderij, luchtkwaliteit en COVID-19 en deze agenda)
ook in RIVMDOC zetten.
Met groet,

(10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 10:02
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Notitie veehouderij, luchtkwaliteit en COVID-19

Beste allen,

Zoals aangekondigd door (10)(2e) hierbij een nakomend stuk ter bespreking in het MT Cib dinsdag.
Zie onderstaande toelichting van Joke.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 23:48
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

<(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Notitie veehouderij, luchtkwaliteit en COVID-19

Beste (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

Hierbij stuur ik jullie ook namens (10)(2e) de Notitie verkenning onderzoek Veehouderij, Luchtkwaliteit en COVID-19. Zoals afgesproken agenderen jullie deze binnen het MT-CIb en M&V.

Deze notitie is geschreven op verzoek van LNV, VWS en I&W aan het RIVM en tot stand gekomen met medewerking van velen, collega's in het RIVM en extern de VGO stuurgroep, GGDen infectieziektenbestrijding en milieu in Noord Brabant. Er moet nog wel overleg plaatsvinden met EPI modellering.

De planning is om het om het eind van de week naar de ministeries te kunnen sturen als concept. We horen graag of dit akkoord is.

Vriendelijke groeten,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

288372

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/13/2020 3:43:26 PM
Subject: korte terugkoppeling DR 12 mei
Received: Wed 5/13/2020 3:43:26 PM

Dag allen,

Hierbij weer alvast een beknopte terugkoppeling vanuit de DR.

- Melding door mij dat de eerste resultaten van de afvalwatersurveillance wijzen op een afname van coronabesmettingen. Inmiddels is in overleg met C&D, VWS en Waterschappen besloten het nieuwsbericht hierover met enkele weken op te schorten.
- LNV heeft RIVM verzocht onderzoeksmogelijkheden mbt COVID-19 i.r.t. luchtkwaliteit en veehouderij uit te werken; dit wordt opgepakt in samenwerking tussen Z&O en DMG.
- Het ministerie van Defensie heeft het RIVM gevraagd een structureel opdrachten-programma op te zetten.
- (10)(2e) meldt in gesprek te zijn met VWS over de opslag van diagnosekits.
- (10)(2e) neemt het voortouw voor het opstellen van een heldere tijdslijn en verhaal over de aanpak van de crisisbestrijding. C&D zal zorgen dat de archivering hierover op orde komt. Dit alles ter voorbereiding van de verwachte evaluaties.
- DR gaat accoord met voorstel voor governance van de BSL3/HiC-faciliteit, met inachtneming van enkele opmerkingen.
- Nota van CDO inzake problemen met toegang tot en het koppelen van data: vraag is wat mág je juridisch gezien aan data ontvangen, verwerken en verstrekken, maar ook wat wil je in de samenwerking met anderen. DR zal problematiek adresseren bij VWS. T.a.v. overleg met CBS over datasharing zal Susan gevraagd worden om namens RIVM het voortouw te nemen.
- DR vraagt CMT om een structurele oplossing uit te werken met oog op bedrijfscontinuiteit in komende 1-2 jaren. Betreft dan benodigde kennis en expertise, kwantiteit, kosten en organisatorische aspecten. Hierbij nog ingebracht dat bij CIb ook in 2020 extra capaciteit nodig is met oog op voortgang van niet-Corona projecten die hoog geprioriteerd zijn.
- DR vraagt CMT om uit te werken of en onder welke condities kleine teams, zoals MT's, toch af en toe fysiek bij elkaar kunnen komen in Bilthoven.
- (10)(2e) (CMT) geeft aan dat er gewerkt wordt aan een DR-nota over de 1,5 meter waarbij het Rijksbrede protocol hierover meegenomen wordt. Een nota voor werken met 1,5 meter op de labs is in wording en kan worden geimplementeerd op labs waar dat urgent is zodra vastgesteld door CMT.

Groet!

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/27/2020 6:43:16 PM
Subject: korte terugkoppeling DR 26 mei
Received: Wed 5/27/2020 6:43:16 PM

Dag allen,

Weer een korte terugkoppeling vanuit de DR. Neem bij vragen even contact met mij op.

- Voorafgaand aan de DR was de IV-board. Door (10)(2e) zijn mij vooraf punten meegegeven. Vanwege beperkte beschikbaarheid IV-capaciteit (vanwege corona) zijn een aantal IV-activiteiten uitgesteld. Op aangeven van (10)(2e) heb ik het knelpunt mbt veilige toegang tot Osiris genoemd; dit staat wel hoog op de prioriteitenlijst CIO. Tevens heb ik aandacht gevraagd voor interactie tussen IV-organisatie en CIb/domeinen mbt bio-informatica.
- Els geeft aan dat er binnenkort weer een hitteplan uit gaat. Om te voorkomen dat de adviezen conflicteren met de coronavirus-bestrijding zal afstemming plaatsvinden met LCI. Mogelijk zullen er in de toekomst meer adviezen gepubliceerd worden i.r.t. corona waarbij afstemming tussen LCI en andere RIVM onderdelen nodig is.
- (10)(2e) heeft de voortgang transitie-activiteiten toegelicht inclusief de beoogde nieuwe verhuis-volgorde van de labs. Nadere uitwerking van plannen en financien volgt nog. Afgesproken is dat er wekelijks afstemmingsoverleg plaatsvindt tussen (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) over de verhuiszaken.
- (10)(2e) vraagt om bij sollicitaties tijdig O&P in te schakelen om te voorkomen dat sollicitanten in een heel laat stadium vanwege veiligheidsrisico's die wellicht voorzienbaar waren afgewezen worden.
- Ik heb gemeld dat het RIVM in opdracht van VWS een voorstel heeft uitgewerkt voor verbeteringen in de surveillance van voedselpathogenen, zoals aanbevolen in het rapport van de OVV. De kosten voor deze extra activiteiten voor het RIVM zijn geraamd op circa 1,5 mln. VWS wil dat voor deze kosten dekking gezocht wordt door herprioritering binnen bestaande programma's. De DR is van mening dat VWS voor extra activiteiten extra financiering zou moeten leveren. Nader overleg met VWS hierover volgt.

Groet!

288379

To: (10)(2e) [(10)(2e) @nivel.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 3:05:21 PM
Subject: RE: Uitbreiding Nivel surveillance
Received: Fri 5/22/2020 3:05:21 PM

Hoi (10)(2e) vanuit RIVM ((10)(2e) (10)(2e)) wordt een uitbreiding ondersteund met als voornaamste doel een betere landelijke / regionale dekking. Dat is vooral nu van belang om de COVID-19 epidemie ook regionaal te kunnen monitoren (zo hebben we nu geen peilstations in Limburg?) maar ook voor toekomstige preparedness. Voor de influenza surveillance zie ik niet direct veel toegevoegde waarde van uitbreiding, maar Jaap en Susan gaan er wel vanuit dat het een structurele uitbreiding betreft.

De vraag is dus of het haalbaar is om op redelijk korte termijn extra peilstations te werven in gebieden die nu nog ondervertegenwoordigd zijn. De financien daarvoor zullen direct door VWS met Nivel geregeld moeten worden. Ik heb Adam ook inmiddels aangehaakt, want men heeft misschien vergeten dat er daarnaast dan ook een behoorlijk extra budget naar het lab (IDS) moet.

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) Dubbel

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 12:22:06 PM
Subject: RE: Uitbreiding Nivel surveillance
Received: Fri 5/22/2020 12:22:07 PM

Ja, eens dus, zie vorige mail

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 13:48
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Uitbreiding Nivel surveillance

Hoi (10)(2e),

(10)(2g)

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 13:43
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Uitbreiding Nivel surveillance

(10)(2g)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nivel.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 09:33
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Uitbreiding Nivel surveillance

Ha (10)(2e)

(10)(2g)

Groetjes, (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: woensdag 20 mei 2020 15:54
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: Uitbreiding Nivel surveillance

288381

(10)(2e)

(10)(2g)

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 12:53
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nivel.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Uitbreiding Nivel surveillance

Ha (10)(2e),

(10)(2e) heeft een paar dagen vrij. Het lijkt me het slimst als je direct contact opneemt met VWS. Zij zijn toch de opdrachtgever van de peilstations?

Groet
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nivel.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 11:51
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Uitbreiding Nivel surveillance

Hoi (10)(2e)

(10)(2g)

Groetjes, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Senior onderzoeker

Nivel | T 030 (10)(2e) | (10)(2e)@nivel.nl
Otterstraat 118 – 124 | 3513 CR Utrecht | Postbus 1568 | 3500 BN Utrecht | www.nivel.nl
www.nivel.nl/mariette-hooiveld

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) – Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten
T 030 (10)(2e) maandag)

This message contains information that may be privileged or confidential and is the property of Nivel. It is intended exclusively for the person to whom it is addressed. If you are not the intended recipient you are not authorized to use this message or any part thereof. If you receive this message in error please notify the sender immediately and delete all copies of this message. Nivel rules out any and every liability resulting from any electronic transmission. No rights may be derived from the contents of this e-mail message. --

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/26/2020 7:32:52 AM
Subject: RE: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID
Received: Tue 5/26/2020 7:32:53 AM

We hebben verzuimgegevens vanaf het begin genoemd als een van de early warning indicatoren, dus het lijkt me interessant en belangrijk om te verkennen. Maar dan moet er inderdaad wel capaciteit voor zijn. Ik denk dat we toch na moeten gaan denken over het aannemen van extra mensen, zodat we binnenkort echt toe gaan komen aan uitbreiding van surveillance én onderzoek.
Ik heb dit punt in bredere zin (voor heel CIb) al op de agenda gezet bij Rob voor het vrijdag lunchoverleg met (10)(2e) en (10)(2e).

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 19:01
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID

Ja, lijkt me interessant maar daar zouden we weer een heel team (of in ieder geval paar mensen) op moeten zetten, dus of dat haalbaar / een prioriteit is? (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) heeft jaren geleden alle vormen van syndroomsurveillance voor respiratoire infecties al eens op een rijtje gezet en het meest tijdige signaal komt dan wel uit verzuimgegevens.

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 18:44
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID

Hoi (10)(2e)

Dit is op zich wel interessant (ook voor bv influenza-surveillance denk ik) – maar het zal veel werk vergen (case definities etc, data format, overeenkomsten, IT) en ik denk dat dat nu geen prioriteit heeft omdat het syndroomdata is welke we ook al uit andere bronnen krijgen.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 18:24
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID

Zie onderstaande mail.

Is er vanuit OMT of EPI interesse in verzuimgegegevens voor lokale early warning?
Zou dit een nuttige toevoeging zijn aan de bronnen die we nu hebben?

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 21:54
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>

Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Re: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID

Hoi (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e)

Zie de mailing hieronder. Een bedrijfsarts die een systeem van surveillance aandraagt, besproken met OMT lid (10)(2e) (10)(2e). Nu niet iets voor het komende oMT van maandag om uit te zoeken. Maar wellicht wel interessant om deze man een keer te benaderen vanuit surveillance belang?

Groet (10)(2e)

From: LCI
Sent: Friday, 22 May 2020 09:26:44
To: (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e)
Subject: FW: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID

Ha (10)(2e) en (10)(2e)

Zie onderstaande mail, willen jullie dit oppakken en beantwoorden? Bedankt!

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @amsterdamumc.nl>
Sent: woensdag 20 mei 2020 18:04
To: LCI < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID

Beste LCI,

Humantotalcare is een arbodienst die de beschikking heeft over 1,5 miljoen verzuimgegevens. Hij heeft aangeboden dat met het LCI te willen delen en ik denk dat het een mooie aanvulling is op de al bestaande surveillance systeem. Vorige week ook met JvD besproken, en hij was het hiermee eens.

Met Jurriaan besproken dat mocht het LCI interesse hebben, jullie met hem contact opnemen. (10)(2e) is verder akkoord met mij een korte presentatie voor te bereiden die ik desgewenst kan inbrengen in het OMT.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) Kennissysteem infectieziekten en Arbeid (www.kiza.nl)

(10)(2e)

Coronel Instituut, Nederlands Centrum voor Beroepsziekten
Kamer (10)(2e)
Tafelbergweg 51
1105 BD Amsterdam
020- (10)(2e)

(10)(2e)

Bedrijfsgeneeskundige dienst AMC (divisie F, Services, huisvesting en Psychiatrie
Kamer (10)(2e)
Meibergdreef 9
1100 DD Amsterdam
020-(10)(2e) / sein (10)(2e)

(10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@humantotalcare.nl>
Verzonden: vrijdag 15 mei 2020 15:42
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Onderwerp: verzuimgegevens voor vroegsignaleren nieuwe lokale uitbraak COVID

Ha (10)(2e)

Bijgaande de info vanuit onze R&D afdeling:

We werken voor ruim 65.000 werkgevers en 1,5 miljoen werknemers. Dat levert veel informatie op. Wij monitoren op dit moment uitgebreid onze verzuimcijfers. Op dit moment zien we een toename van het aantal verzuimgevallen, zoals te verwachten. Door middel van vragenlijsten hebben wij meer inzicht in de symptomen waarmee iemand zich ziekmeldt. Zo hebben we inzicht in hoeverre dit griepachtige klachten betreft.
Met de huidige ontwikkelingen hebben we een aanvullende module over het corona virus toegevoegd. Daarmee kunnen we straks nog beter inzicht verschaffen over het effect van corona op het verzuim, maar dit biedt ook andere mogelijkheden. In de vragenlijst wordt oa een zelfdiagnose uitgevraagd en of de besmetting is bevestigd. Ook vragen we symptomen uit en de beleving hiervan. Omdat iedereen met de eerste griepsachtige klachten zich nu al ziekmeldt hebben we zicht op een groep die zich pas een aantal dagen bij de zorg gaat melden. We hebben hiermee vroeg in de keten zicht op de ontwikkeling in de klachten waarmee werknemers zich ziekmelden. Deze cijfers kunnen we ook voor de verschillende regio's in Nederland inzichtelijk maken (heatmaps). Wellicht is het interessante informatie waar het RIVM gebruik van wil maken. Immers, we zitten vooraan in de keten en kunnen hiermee een mogelijke toename van het aantal Coronagevallen lokaliseren en een mogelijk vervolg voorspellen (bijv druk op de zorg).

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
(10)(2e) Medische Zaken (10)(2e)

M : 06 (10)(2e)
I www.humantotalcare.nl
HumanTotalCare
KvK 61343129

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 5/12/2020 11:21:44 AM
Subject: RE: covid-19-en-mogelijke-relatie-met-dieren
Received: Tue 5/12/2020 11:21:44 AM
kamerbrief-over-stand-van-zaken-corona-en-dieren.pdf

tkn

From: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 17:57
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: covid-19-en-mogelijke-relatie-met-dieren

Dag allen,

Ik werd zojuist hierover gebeld door (10)(2e) Zij heeft hierover vandaag gesproken met Lieke Henddrix, directeur bij LNV. LNV heeft het RIVM gevraagd om de onderzoeksmogelijkheden te verkennen (ik weet niet of dat per brief of email gedaan is) en wil graag dat dit breed gebeurt, dus breder dan de onderzoekscope van VGO. (10)(2e) (DMG) en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) hebben daarbij het voortouw. Op basis van deze verkenning wil (10)(2e) n gesprek met VWS en IenW om tot een gezamenlijke opdrachtverlening te komen.

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

288418

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

BR

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Afdeling Bedrijfsvoering
Facilitair management

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 (10)(2e)
F 070 (10)(2e)

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e)
M +31(0)6-(10)(2e)
(10)(2e)@minvws.nl

Datum
27 mei 2020

Aantal pagina's
1

memo

De Resident 1.5

Weer werken zoals we gewend waren, is nog niet aan de orde. Maatregelen worden langzaam aan versoepeld, maar thuiswerken blijft de norm. Dit geldt voor heel VWS.

Binnen VWS heeft de plaatsvervangers-Bestuursraad (pBR) OBP de opdracht gegeven om samen met de directies een plan uit te werken om medewerkers en de kantooromgeving voor te bereiden op een gefaseerde terugkeer naar het pand. Dit plan krijgt de komende weken vorm. Vorige week heeft de pBR akkoord gegeven op de projectaanpak en basisregels voor de geleidelijke terugkeer naar de Resident. Dat doen we alleen als de gezondheid en veiligheid van medewerkers kunnen garanderen en er veilig naar kantoor gereisd kan worden.

Rijksbreed is een protocol opgesteld, waarin de uitgangspunten zijn neergelegd voor het goed inrichten en gebruiken van die anderhalve meter kantooromgeving. We zijn reeds gestart om samen met onze dienstverleners de werkomgeving in De Resident aan te passen aan de nieuwe context. Zo zijn bureauwerkplekken via markeringen afgegrendeld en zijn de eerste looproutes in het atrium en op de 4e etage via belijningen aangegeven.

De projectgroep De Resident 1.5, onder leiding van (10)(2e) (10)(2e), is afgelopen week gestart. In de week van 2 juni gaat de projectgroep met de MT's in gesprek over de aanpak, de wensen en de mogelijkheden die de directies zelf zien, gegeven de uitgangspunten. Deze gesprekken worden nu ingepland.

De aanpassingen zijn niet zonder ingrijpende consequenties voor medewerkers, voor de beschikbare capaciteit in het gebouw, de werkprocessen en de belasting op het OV. We zullen met elkaar moeten gaan verkennen en ontdekken wat voor ons gaat werken en wat niet. We rekenen hierbij op creativiteit, flexibiliteit en het aanpassingsvermogen van VWS. De ervaringen van de afgelopen periode sterkt het vertrouwen dat dit gaat lukken.

(10)(2e)
(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e) @ggdghor.nl]
Cc: (10)(2e) ((10)(2e) @ghorasd.nl)[(10)(2e) @ghorasd.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @ggdhm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e))
Sent: Thur 5/7/2020 1:14:28 PM
Subject: FW: tbv ontwikkeling verdringingsreeks door VWS
Received: Thur 5/7/2020 1:14:30 PM
Stroomschema PBM DEF.pdf
63311 Notitie uitgangspunten prioritering en verdeling PBM.docx

Hallo (10)(2e)

Dit is bekend want dit is het oude schema van ROAZ-West waar we eerst naar gekeken hebben maar wat nog gebaseerd is op de sectoren in plaats van handelingen en prioriteit in de acute zorg. Dit is juist vervangen door het nieuwe verdeelkader en lijkt me geen goed idee om hier weer naar terug te gaan.

Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e) @ggdghor.nl>
Verzonden: donderdag 7 mei 2020 14:31
Aan: (10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e) ((10)(2e) @ghorasd.nl) <(10)(2e) @ghorasd.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @ggdhm.nl>
Onderwerp: tbv ontwikkeling verdringingsreeks door VWS

(10)(2e)

Tbv de ontwikkeling van een model / beleid voor verdringing (welke zorgsector, welke zorghandelingen hebben voorrang bij schaarste) door jullie helpt dit model, dat een aantal weken geleden door Berenschot is ontwikkeld, mogelijk.

Gr (10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))
Sent: Wed 5/27/2020 10:08:23 AM
Subject: a4 hugo straks
Received: Wed 5/27/2020 10:08:24 AM
A4 mvws slachthuizen 20200527.docx

(10)(2e),

hierbij een a4 voor straks. Hopelijk ongeveer wat je zocht.

(10)(2e) belt straks in op webex om mee te schrijven en als vanmiddag nodig zaken uit te zetten.

Apart hierbij in de mail de to do's die voor bij kwamen:

1. Welk advies gebruiken we of vragen we nog aan voor transport medewerkers?
2. Wat is het protocol bij negatieve testresultaten, bv als er wel huisgenoten besmet zijn?
3. Wat zijn de antwoorden op de OMT vragen arbeidsmigranten die bij het vorige advies niet zijn beantwoord?
4. Welk advies heeft aanjaagteam SZW/ (10)(2e) gevraagd aan RIVM en wat is daaruit gekomen? (LNV zoekt al uit)
5. Waarom wil de VR afwijken van quarantaine termijn van 2 wkn naar 1 wk? (aan (10)(2e) gevraagd)
6. (10)(2a) (10)(2a)
7. Wat is er uit het uitzoekwerk van (10)(2e) gekomen met wjz?
8. Follow up (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) vragen arbeidsomstandigheden
9. Follow up landing opdracht testen GGD'n

Groet (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; _DienstpostbusDirectiesecretariaat DMO[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @igj.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: DGLZ[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))
Sent: Fri 5/1/2020 12:09:31 PM
Subject: Aangepaste procesafspraken Kamerbrief 6 mei DGLZ + outline brief
Received: Fri 5/1/2020 12:09:32 PM
Outline brief covid 19 6 mei def versie CCTLZ 1 mei 2020.docx

Beste allen,
Vanochtend is in het CCT LZ overleg afgesproken dat de deadline voor het aanleveren van teksten voor de Kamerbrief wordt vervroegd naar **maandag 4 mei om 15:00 uur bij DGLZ + cc** (10)(2e)

Voor een klein aantal onderwerpen is afgesproken dat hiervoor ook een korte tekst wordt aangeleverd. Deze aanvulling is opgenomen in de outline in de bijlage.
Kamervragen worden indien ze niet in de outline worden genoemd apart beantwoord en separaat naar de Kamer gestuurd.

Als er nog vragen zijn hoor ik het graag.

Vriendelijke groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))
Verzonden: donderdag 30 april 2020 21:39
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @igj.nl>; (10)(2e) , (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) , (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; _Dienstpostbus Directiesecretariaat DMO <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @igj.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e) @minvws.nl; DGLZ <(10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Procesafspraken Kamerbrief 6 mei DGLZ + outline brief

Beste allen,

288444

Volgende week woensdag 6 mei wordt de volgende Kamerbrief verstuurd. In het afstemmingsoverleg is vanochtend afgesproken welke onderwerpen in de brief worden opgenomen. **Alleen voor de in de bijlage genoemde onderwerpen wordt gevraagd teksten aan te leveren.** Overige onderwerpen of beantwoording van Kamervragen die niet in de outline staan worden **niet** in de brief opgenomen. Indien er een ander onderwerp is waarvoor het volgens jou nodig is dat dit echt nu aan de Kamer wordt gemeld, dit graag afstemmen met DGLZ/ adviseur DGLZ.

Morgenochtend in het CCT-LZ overleg om 9:30 uur zal de outline en het proces nog even besproken worden.

Planning

Maandag 4 mei

- **Uiterlijk 16:00 uur aanleveren afgestemde teksten bij DG-adviseur+ DGLZ voor akkoord**
- Na akkoord DGLZ wordt de tekst door DG-adviseur aangeleverd bij PG (coördinator brief).
- Vervolgens wordt de eerste conceptversie van de brief naar de bewindspersonen gestuurd.

Dinsdag 5 mei (naar de betreffende directeuren waarvan wordt verwacht dat input nodig is op 5 mei is een mail vanuit directeur BPZ gestuurd)

- 10:45- 11:45 uur bespreking conceptbrief in het afstemmingsoverleg met de bewindspersonen
- 12:00 uur: DG-adviseurs zetten gevraagde wijzigingen m.b.t. de brief vanuit bewindspersonen uit bij beleidsdirecties
- 15:00 uur: aanleveren teksten bij DG-adviseur + DGLZ voor akkoord DGLZ
- Na akkoord wordt de tekst door DG-adviseur aangeleverd bij PG (coördinator brief).
- Vervolgens wordt de tweede conceptversie van de brief naar de bewindspersonen gestuurd.

Woensdag 6 mei

- 10:45 -11:45 uur tweede bespreking conceptbrief met bewindspersonen
- 12:00 uur: DG-adviseurs zetten gevraagde wijzigingen m.b.t. de brief vanuit bewindspersonen uit bij beleidsdirecties met bijbehorende deadline.

Indien er nog vragen zijn hoor ik het graag!

Vriendelijke groet,
(10)(2e)

(10)(2e) DG Langdurige zorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5, Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

T (10)(2e)
E (10)(2e)@minvws.nl

288461

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Tue 5/19/2020 11:29:12 AM
Subject: FW: Tweede EU Corona-call open; morgen infomiddag online
Received: Tue 5/19/2020 11:29:13 AM
Agenda - 2nd call info session (20 May 2020).pdf

Beste centrumhoofden,

Zojuist is de tweede Horizon 2020 corona call online gepubliceerd. De deadline is 11 juni.

Ik denk dat deze topics minder relevant zijn voor het CIb dan de eerste ronde, misschien is 2D en/of 2E over Europese cohorten interessant? 2C over behavioural science is zeker interessant voor onze Gedragsunit en zal ook met hun worden gedeeld.

- SC1-PHE-CORONAVIRUS-2020-2A - Repurposing of manufacturing for vital medical supplies and equipment
https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/sc1-phe-coronavirus-2020-2a
- SC1-PHE-CORONAVIRUS-2020-2B - Medical technologies, Digital tools and Artificial Intelligence (AI) analytics to improve surveillance and care at high Technology Readiness Levels (TRL)
https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/sc1-phe-coronavirus-2020-2b
- SC1-PHE-CORONAVIRUS-2020-2C - Behavioural, social and economic impacts of the outbreak response
https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/sc1-phe-coronavirus-2020-2c
- SC1-PHE-CORONAVIRUS-2020-2D - Pan-European COVID-19 cohorts
https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/sc1-phe-coronavirus-2020-2d
- SC1-PHE-CORONAVIRUS-2020-2E - Networking of existing EU and international cohorts of relevance to COVID-19
https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/sc1-phe-coronavirus-2020-2e

Morgen is er een webinar met toelichting op de call, die zal ik volgen. Mochten jullie nog vragen hebben, laat het me dan weten, dan kan ik ze tijdens de webinar stellen.

Groeten,
(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel

Dubbel

(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e)@jbz.nl]; (10)(2e) (10)(2e)@jbz.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Tue 9/22/2020 9:27:27 AM
Subject: RE: Corona en Brabant
Received: Tue 9/22/2020 9:27:29 AM

Hoi (10)(2e)
Dat zou mooi zijn! Dan zijn wij maandag om 15.00 uur in het JBZ.

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Sent: woensdag 16 september 2020 20:33
To: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @jbz.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Dag (10)(2e)
Ik kan ons aquarium/overlegruimte reserveren.
Die is geschikt voor 7 mensen in corona tijd.

Laat maar weten.

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e) (10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073 (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: woensdag 16 september 2020 10:21
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Hoi (10)(2e),

We zouden eventueel naar het JBZ kunnen komen voor het overleg. Wat heeft jullie voorkeur en wat is mogelijk t.a.v jullie beleid rondom COVID-19 en werkafspraken?

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e)
Sent: woensdag 16 september 2020 09:55
To: (10)(2e) <(10)(2e) @jbz.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @jbz.nl>

Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Maandag 28 september is prima!

Tot dan!

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Sent: woensdag 16 september 2020 08:21
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Ik kan ook

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Email (10)(2e)@jbz.nl **Tel** 073 (10)(2e) **Adres** Postbus 90153, 5200 ME 's-Hertogenbosch / Henri Dunantstraat 1, 's-Hertogenbosch

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: dinsdag 15 september 2020 21:05
Aan: (10)(2e); (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Maandag 28 september 15 uur? Ik kan.
Afspraak met (10)(2e) is ook belangrijk ;-)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Datum: 15 september 2020 om 20:53:23 CEST
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Ha (10)(2e)

Volgende week werk ik alleen op maandag en ben de rest van de week afwezig.
De ruimte die ik die dag nog had, is eerder vandaag vergeven aan (10)(2e) ivm hetzelfde onderwerp.

Het wordt dus op zijn vroegst de week daarna.
Maandagmiddag 15.00 uur?
Ik maak (10)(2e) (10)(2e) meteen maar CC.

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e)

Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073 (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: dinsdag 15 september 2020 11:39
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Hoi (10)(2e)

Vrijdagmiddag wordt voor mij ook lastig bedenk ik mij net. Zou je volgende week ook ruimte hebben?

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 11 september 2020 17:55
To: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Hoi (10)(2e)

Goed om elkaar binnenkort te spreken. Vrijdagmiddag is voor mij erg lastig. Een online meeting zou waarschijnlijk wel lukken, afhankelijk van de tijd.

Groet
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Sent: vrijdag 11 september 2020 13:53
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Dag (10)(2e)

Sorry maar je e-mails sneeuwen wat onder in de corona lawine.

Ja lijkt me goed om een afspraak te plannen. Ja lijkt me goed om meteen te overleggen over de SARI-surveillance.
Het lijkt me goed om dan met Eric Hazenberg te zitten.

Maar (10)(2e) is al enige tijd ziek.
Hopelijk is hij er volgende week weer. Misschien zijn er vrijdagmiddag 18 september mogelijkheden bij jullie?

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))

(10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073 (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: dinsdag 1 september 2020 16:24
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: FW: Corona en Brabant

Beste (10)(2e)

Inmiddels is hier iedereen weer terug van vakantie. Zou het mogelijk zijn om binnenkort een afspraak te plannen over de mogelijkheden om regionale verschillen in COVID in kaart te brengen? Ik zou met (10)(2e) in het JBZ langs kunnen komen, dat overlegt wat prettiger. Eventueel kunnen we dan ook over de SARI-surveillance overleggen.

Ik hoor het graag!

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e)
Sent: woensdag 22 juli 2020 13:34
To: (10)(2e) <(10)(2e)@bernhoven.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Beste meneer (10)(2e)

Hartelijk dank!

Met vriendelijke groet,
(10)(2e)

From (10)(2e) <(10)(2e)@bernhoven.nl>
Sent: woensdag 22 juli 2020 08:46
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: Bregje Raap - van Sleuwen <(10)(2e)@bernhoven.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Beste (10)(2e)

Je vorige mail is in mijn vakantie gekomen en daardoor even blijven liggen, ik heb hem nu doorgestuurd naar ons research bureau met het verzoek het procedureel te toetsen, inhoudelijk heb ik geen enkel bezwaar. Jullie krijgen op korte termijn een reactie.

Met vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
0413-(10)(2e)
(10)(2e)@bernhoven.nl



Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: dinsdag 21 juli 2020 10:37
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@bernhoven.nl>
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Beste meneer (10)(2e)

Bent u inmiddels in de gelegenheid geweest om te kijken naar onderstaand bericht?
Bij voorbaat dank!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)
RIVM – Centrum Infectieziekten bestrijding
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3720 BA Bilthoven
T +31 (10)(2e) | **E** (10)(2e)@rivm.nl

From: (10)(2e)
Sent: donderdag 2 juli 2020 15:42
To: (10)(2e)@bernhoven.nl' <(10)(2e)@bernhoven.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Subject: FW: Corona en Brabant

Beste meneer (10)(2e)

Graag zou ik een verzoek indienen voor het gebruik van data omtrent COVID-19 gerelateerde diagnostiek, opnamen en mortaliteit in Bernhoven. Vanuit het RIVM zijn wij bezig de regionale verschillen in het voorkomen en de ernst in het beloop van COVID-19 in kaart te brengen. Dit doen we met name op basis surveillance data afkomstig van de GGD's. De regionale verschillen zouden we mogelijk nauwkeuriger in beeld kunnen brengen met data afkomstig uit ziekenhuizen. Hierover is eerder contact geweest met Peter Wever (zie onderstaande berichten). Om te inventariseren wat de mogelijkheden zijn, zouden we in eerste instantie de data van patiënten die zich in Bernhoven hebben gepresenteerd met COVID-19 klachten globaal in kaart willen brengen. Het gaat hierbij om patiëntkarakteristieken, ziektebeloop en mortaliteit van alle COVID-19 (verdachte) patiënten. In overleg met o.a. Peter Wever zouden we dit vervolgens verder willen analyseren.
Zou het mogelijk zijn om toegang te krijgen tot deze data en wat is er verder voor nodig om dit mogelijk te maken?

Bij voorbaat hartelijk dank!
Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)
RIVM – Centrum Infectieziekten bestrijding
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3720 BA Bilthoven
T +31 (10)(2e) | **E** (10)(2e)@rivm.nl

From: (10)(2e)
Sent: dinsdag 23 juni 2020 17:15

To: (10)(2e) < (10)(2e) @jbz.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Hoi (10)(2e),

Dank!! De data van Bernhoven lijkt mij voor nu prima. Ik zal een verzoek indienen bij (10)(2e) (10)(2e) Verder maak ik graag een afspraak voor overleg als je terug bent. Welke dagen/tijdstippen komen jou uit?

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @jbz.nl>
Sent: dinsdag 23 juni 2020 17:04
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Dag (10)(2e)

Op de valreep.
Op suggestie van (10)(2e) heb ik even met (10)(2e) (10)(2e) van de directie van Bernhoven gebeld.
Hij ontvangt graag een formeel verzoek/toelichting voor gebruik van de data. Zijn email : (10)(2e) @bernhoven.nl
Wil je mij CC maken.

Ik heb zelf een analyse gedaan van all cause mortality na 30 dagen bij patiënten die zich in het JBZ hebben gepresenteerd van 12-30 maart. Dat percentage ligt iets lager – rond de 25% - dan het in Bernhoven lag – daar rond de 30%.

Klopt het dat je voor nu alleen surveillance data van Bernhoven vraagt.

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073- (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: dinsdag 23 juni 2020 13:32
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Hoi (10)(2e),

Dat is prima!
Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @jbz.nl>

Sent: dinsdag 23 juni 2020 13:22
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Ha (10)(2e)

Je treft me net op de middag voor acht dagen afwezigheid.
Ik stel voor dat ik eerst kortsluit met de ziekenhuisbestuurders dat deze data worden gedeeld met het RIVM. Zal geen probleem zijn, maar wel de juiste route.
Daarna een afspraak maken.

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073-(10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: maandag 22 juni 2020 16:58
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Hoi (10)(2e)

Fijn! Met surveillance data bedoelde ik de meldingsdata die we op het RIVM beschikbaar hebben, afkomstig van de GGD's. Dat is de data waar ik tot nu toe de analyses mbt de regionale verschillen op heb gedaan.

Gegevens uit Bernhoven die interessant zouden zijn om te analyseren zijn wat mij betreft:

- COVID-diagnostiek: afnamedatum, uitslag, CT-waarde
- Testen positief voor andere luchtwegpathogenen bij dezelfde patiënten: Ja/nee en zo ja welk pathogeen?
- Patiëntdata: Leeftijd, geslacht, evt onderliggende aandoeningen (is in mijn ervaring alleen lastig uit ZIS te trekken) en indien mogelijk postcode van patiënt
- Beloop: opname ja/nee + opnamedatum ontslagdatum/opnameduur

  IC-opname ja/nee + datum opname IC en opnameduur IC
  Overleden ja/nee + datum
  Overplaatsing ja/nee + datum

Ik weet niet wat haalbaar is voor jullie om te extraheren uit ZIS en wat mogelijk is wat betreft privacy e.d.

Graag zouden we (als jij dat ook een goed idee vindt) een afspraak plannen om te bespreken wat wij uit de meldings/surveillance data al geanalyseerd hebben en wat de mogelijkheden zijn met jullie data. Op welke momenten zou dat voor jou uitkomen? Dan plan ik een overleg in.

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @jbz.nl>

Sent: maandag 22 juni 2020 11:11
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Dag (10)(2e)

Ik heb even gesproken met (10)(2e) (10)(2e) onze datamanager.

Wij hebben alle data van COVID-19 diagnostiek die wij hebben verricht tijdens de piekweken en kunnen uit het ZIS ook allerhande data trekken.
Maar het is ons niet helemaal duidelijk wat je bedoeld met surveillance data.
Kun je dat toelichten

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073 (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: woensdag 17 juni 2020 13:26
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Hoi (10)(2e)

Laatst hebben we elkaar gesproken over de beschikbaarheid van COVID-19 patiënt data uit Bernhoven en het JBZ om de regionale verschillen in COVID-19 gedetailleerder te beschrijven.

Inmiddels heb ik hierover wat uitgebreider overleg gehad binnen het RIVM en ben ik bezig met het analyseren van regionale verschillen aan de hand van de surveillance data. Graag zou ik de data die jullie beschikbaar hebben beter in kaart brengen om te kijken wat daarmee mogelijk is. Het lijkt ons leuk om vervolgens een gezamenlijk overleg te plannen over aanvullende analyses/onderzoek om de regionale verschillen te kunnen verklaren. Verder ben ik benieuwd of er in jullie regio al onderzoeksinitiatieven lopen op dit gebied.

Is het mogelijk en wat jou betreft akkoord als ik toegang krijg tot de data die jullie beschikbaar hebben? Of hebben jullie hier zelf al iemand op zitten die dit gedetailleerd in kaart heeft gebracht?

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 15:25
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Jawel.
Bel jij mij op 073 (10)(2e)?

Groet,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073 (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: vrijdag 22 mei 2020 15:17
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: Re: Corona en Brabant

Schikt 16 uur?

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Sent: Friday, 22 May 2020 10:40:51
To: (10)(2e)
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Subject: RE: Corona en Brabant

Jawel (10)(2e), hoe laat?

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073 (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: vrijdag 22 mei 2020 10:40
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: Re: Corona en Brabant

Beste (10)(2e)

Excuus, ik ben vanochtend onverwacht niet in de gelegenheid te bellen. Is eind van de middag mogelijk?

Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @jbz.nl>
Sent: Thursday, 21 May 2020 13:29:27
To: (10)(2e)
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Subject: RE: Corona en Brabant

Dag (10)(2e)

Vrijdagochtend.
Bel jij mij rond 09.30.

Gr,

(10)(2e)
06 (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073- (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: woensdag 20 mei 2020 14:29
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: Corona en Brabant

Beste (10)(2e)

Dit lijkt mij zeker interessant. Daarnaast zouden we de data kunnen relateren aan eventueel regionale verschillen in surveillancedata. Zou het uitkomen om vanmiddag, vrijdag of begin komende week telefonisch te overleggen?

Groet,

(10)(2e)

(10)(2e)
RIVM – Centrum Infectieziekten bestrijding
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3720 BA Bilthoven

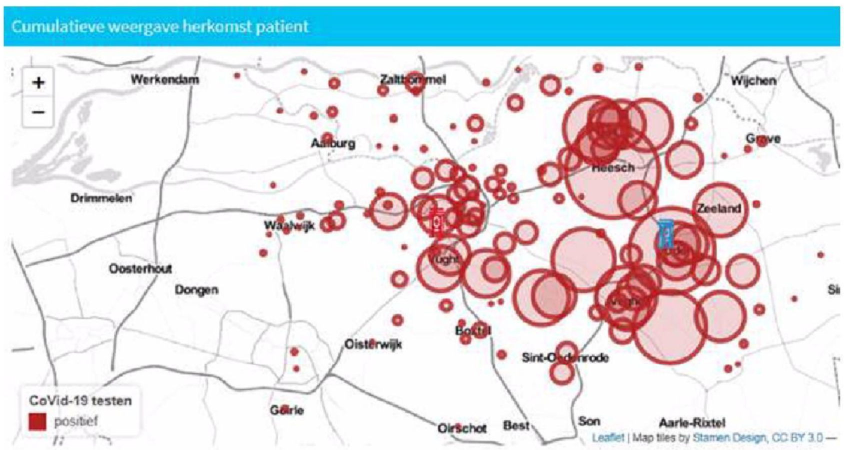
288466

T +31 3 (10)(2e) | E (10)(2e) @rivm.nl

From: (10)(2e) < (10)(2e) @jbz.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 17:18
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Corona en Brabant

Dag (10)(2e)

Niet zozeer verschillen in ernst en uitkomsten tussen het JBZ en Bernhoven maar wel een verschil in cumulatief aantal patiënten in de beide verzorgingsgebieden:



We hebben op een soort ruwe manier de patiënten vergeleken die zich presenteerden op de SEHs van beide ziekenhuizen:

Er is geen belangrijk verschil tussen gemiddelde Ct waardes bij patiënten die zich op SEH van de beide ziekenhuizen presenteerden tussen 12 en 30 maart:

26,3 Bernhoven
27,1 JBZ

Of percentage patiënten met een Ct waarde < 20:

15,0% Bernhoven
13,1% JBZ

De overall sterfte weten we wel voor de Bernhoven patiënten namelijk 33%, maar (nog) niet voor de JBZ patiënten.

Mogelijk is het interessant om dit soort gegevens te vergelijken met andere soortgelijke ziekenhuizen.

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073- (10)(2e)

Van: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: dinsdag 19 mei 2020 15:50
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: FW: Corona en Brabant

Beste (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) begreep ik dat jullie opvallende verschillen hebben waargenomen in COVID-19 ernst en uitkomsten tussen het JBZ en Bernhoven en dit in samenwerking verder zouden willen uitdiepen. Zou het uitkomen om binnenkort een telefonische afspraak te maken om dit te bespreken?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)
RIVM – Centrum Infectieziekten bestrijding
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3720 BA Bilthoven
T +31 3(10)(2e) | E (10)(2e)@rivm.nl

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 13:35
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: Corona en Brabant

(10)(2e) zoals net besproken hier de contactgegevens van (10)(2e) (10)(2e) zodat je een overleg met hem kunt plannen.

Ze hebben vooral over de periode 12-30 maart interessante data uit Bernhoven. Daar werden in die periode alle patienten op de eerste hulp getest met dezelfde PCR en ze hebben daarvan ook alle viral load / Ct waardes, die gelinked kunnen worden aan de b.v. uitkomst (zoals sterfte).
33% van de patienten is in die periode overleden en ze vragen zich nog steeds af hoe dat komt.
De data kunnen worden vergeleken met die uit JBZ, waar het kennelijk stuk milder is verlopen en misschien met een ziekenhuis in een andere regio.
Lijkt me super interessant om dat met hen verder uit te zoeken en te relateren aan de regionale verschillen die we in de Osiris meldingsdata zien.

From: (10)(2e) <(10)(2e)@jbz.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 12:07
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Corona en Brabant

Ha (10)(2e)

Gisteren bespraken we wat Brabantse bevindingen over ernst van uitkomst en suggereerde (10)(2e) om eens contact met jou op te nemen.

Is er een moment dat we even kunnen bellen?

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
(10)(2e) (10)(2e)
Regionaal Laboratorium Medische Microbiologie en Infectiepreventie

Bezoekadres:
Henri Dunantstraat 1 (H-gebouw, 2e verdieping)
5223 GZ 's-Hertogenbosch
Postadres:
Postbus 90153
5200 ME 's-Hertogenbosch
Telefoon: 073-(10)(2e)

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim.
Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim.
Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

288466

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim. Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim. Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim. Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim. Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u

verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim.
Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim.
Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

De inhoud van dit e-mailbericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde en kan onderworpen zijn aan een beroepsgeheim.
Bij ontvangst door een kennelijk niet-bedoelde ontvanger is het deze niet toegestaan dit bericht te openen en van de inhoud kennis te nemen, deze inhoud openbaar te maken en/of te verveelvoudigen. Gebruik van de inhoud ervan door anderen zonder toestemming van de afzender is onrechtmatig.
Mocht dit e-mailbericht ten onrechte bij u terechtgekomen zijn, dan verzoeken wij u vriendelijk direct contact met ons op te nemen.

To: (10)(2e) 1 (10)(2e) (10)(2e)) - BSK[(10)(2e) @minienw.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e). - BD/NCTV'[(10)(2e) @nctv.minjenv.nl]; (10)(2e) B(10)(2e).
((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e))
Sent: Tue 5/5/2020 9:31:22 AM
Subject: FW: Afwegingen infectiepreventie OV_final.pdf
Received: Tue 5/5/2020 9:31:22 AM
Afwegingen infectiepreventie OV_final.pdf

Hi (10)(2e)

Hierbij de betreffende nota.

Verder heb ik gevraagd of (10)(2e), die straks in het IAO komt, dan nagedacht kan hebben over:

- community mask voor kinderen onder de 12 (lijkt me niet). Al is de hooffdregel dat die kids nioet in het ov horen. Maar ivm handhaving moeten we dit wel weten.
- Er staat bij die facial shields: en/of. Is het advies nu serieus om ze allebei te dragen in het OV als je kwetsbare groep bent? Is dat werkbaar?

Ik bel je nog even over beschikbaarheid community masks. Er zijn bedrijven die dat willen opzetten. Maar daar is een go/no go voor nodig. Gaat duit echt gebeuren. En die hangt dus samen met het OV belsuit.

Grt (10)(2e)

To: (10)(2e))[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: Dienstpostbus DCC-VWS[DCC@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e).[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))
Sent: Thur 5/28/2020 2:00:50 PM
Subject: FW: Lijn sauna en wellnesscentra
Received: Thur 5/28/2020 2:00:51 PM
Fwd: VNSWB: Actueel: Sauna's in Duitsland weer open, wij ook?.eml
Afwegingskader sauna en wellness.pdf

Hoi (10)(2e)

Zie hieronder een conceptreactie aan de sauna-branche wat je kunt gebruiken in reactie op bijgevoegde mail die ze aan jou en EZK hebben gestuurd.

Groe (10)(2e)

Geachte heer (10)(2e)

Dank voor uw bericht. Zoals u waarschijnlijk heeft vernomen heeft het OMT advies opgeleverd en is daarop gisteren in de Ministeriële Commissie Crisisbeheersing besloten om het weer openen van o.a. sauna's en wellnesscentra mee te nemen in een bredere heroverweging van mogelijke versoepelingen per 1 juli. Het OMT geeft aan dat er dan meer gegevens zijn over het effect op de besmettingscijfers van de versoepelingen per 1 juni, waardoor er betere modellering en uitspraken mogelijk zijn over verdere versoepelingen. En daarvoor is het nu nog te vroeg.

Bijgevoegd vindt u ook het afwegingskader voor het weer verantwoord openen van sauna's en wellnesscentra wat door het OMT is opgesteld. Daarnaast begreep ik dat u met mijn collega van het ministerie van EZK in gesprek bent over eventuele mogelijkheden voor alternatieve bedrijfsvoering door bijvoorbeeld specifieke onderdelen van sauna's en wellnesscentra te openen.

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,
Met vriendelijke groet,

Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minezk.nl>
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 09:02
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e)) < (10)(2e) @minezk.nl>
Onderwerp: RE: Lijn sauna en wellnesscentra

Hoi (10)(2e)

Zie bijgaande mail die ook aan jullie is gestuurd.

Zijn er nog ontwikkelingen t.a.v. onderstaande studie door het RIVM. Ik neem aan, gezien de berichten over sportscholen, dat ook hier nog geen perspectief te geven is. Gaan jullie nog verder met ze in gesprek?

Ik wil ze in ieder geval zelf deze week weer even bellen. Wordt weer een lastig gesprek. Hebben jullie het bij het vorige gesprek uiteindelijk ook gehad over alternatieve bedrijfsvoering. Bijvoorbeeld sauna's e.d. dicht, maar zwembaden en het buitengebied wel open.

Alvast bedankt voor je antwoord,
Groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 21:03
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minezk.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; _Dienstpostbus DCC-VWS <DCC@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Lijn sauna en wellnesscentra

Ho (10)(2e)

Ik zou je nog even terugkoppelen wat uit het overleg tussen onze DG en de saunabranche is gekomen vanmiddag;

- In het overleg met de fitnessector afgelopen dinsdag is afgesproken dat het RIVM een versnelde studie doet naar wat er bekend is over aerosolen – We vragen RIVM nu om daarin naast de fitness ook sauna's mee te nemen
- De branche zou graag als per 1 juli restaurants voor 100 mensen weer open kunnen daarbij meegenomen worden (gezien volgens de branche een vergelijkbare #mensen per m3 in een binnenruimte?). DGV heeft toegezegd obv de nieuwe inzichten te willen kijken wat haalbaar is.

Groet (10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work
(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minezk.nl>
Datum: woensdag 13 mei 2020 11:09 AM
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Lijn sauna en wellnesscentra

Laten we maar even bellen. We kunnen niet zo veel voor ze betekenen. Ik zit vanaf half 1 weer in overleg.
Groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 10:48
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minezk.nl>
Onderwerp: RE: Lijn sauna en wellnesscentra

Dank. Heb nog overleggen maar zou graag straks even bellen als dat kan? Ben benieuwd naar eventuele uitkomst van jullie gesprek. Of was dat dat jullie op de brief zouden reageren?

Groet (10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minezk.nl>
Verzonden: woensdag 13 mei 2020 07:49
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@minezk.nl
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minlnv.nl>; Archief-COVID-19 <(10)(2e)(10)(2e)@minlnv.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minezk.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) <(10)(2e)@minezk.nl>; Maessen, dr. P.J.J. (Pieter) <(10)(2e)@minezk.nl>
Onderwerp: RE: Lijn sauna en wellnesscentra

Goedemorgen (10)(2e)

Bijgaand de informatie die ik van (10)(2e) heb ontvangen n.a.v. het telefoongesprek dat ik maandag met hem heb gehad.

Groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 12 mei 2020 21:11
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minezk.nl>; (10)(2e)@minezk.nl
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minlnv.nl>; Archief-COVID-19 <(10)(2e)(10)(2e)@minlnv.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minezk.nl>
Onderwerp: RE: Lijn sauna en wellnesscentra

Hallo collega's,
Dank we horen idd graag de terugkoppeling! Morgenochtend is ook prima. Dan is (10)(2e) vrij maar pak ik het verder op.
Groet (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

DCC VWS

Verzonden met BlackBerry Work

(www.blackberry.com)

Van: (10)(2e) , (10)(2e) . (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minezk.nl>
Datum: dinsdag 12 mei 2020 6:35 PM
Aan: (10)(2e) @minezk.nl < (10)(2e) @minezk.nl>
Kopie: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e) , . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minlnv.nl>, Archief-COVID-19 < (10)(2e) @minlnv.nl>, (10)(2e)) < (10)(2e) @minezk.nl>
Onderwerp: Re: Lijn sauna en wellnesscentra

Ik heb gister ook gebeld met deze sector, met (10)(2e) , op verzoek DGB&I. Ik heb nadere info gekregen. Die kan ik later vanavond nog even doorsturen. Lukt nu even niet.

Groet,
(10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPhone

Op 12 mei 2020 om 17:50 heeft "(10)(2e) @minezk.nl" <(10)(2e) @minezk.nl> het volgende geschreven:

Hoi (10)(2e) en (10)(2e)
Had het ontvangen via DCC en net opnieuw uitgezet. Ik zag hier nog wel wat slordigheidjes in. Zie bijgaande mail.

Mbt de mail van de wellnessbranche zelf: Ze verwijzen daarin naar een brandbrief aan onze stas. Ik neem haast aan dat dat de brief is die ik net stuurde, maar hij zit er niet bij, dus 100% zeker ben ik niet. Kan een van jullie nog even bevestigen?
Wij gaan ervan uit dat we de brief niet meer hoeven te beantwoorden gezien het gesprek, maar wellicht goed als Angelique dat nog even expliciet checkt in het gesprek. Sowieso proberen wij dit soort brieven zoveel mogelijk telefonisch af te doen.

Groet (10)(2e)

Van: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 12 mei 2020 17:36
Aan: (10)(2e) @minezk.nl; (10)(2e) , . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minlnv.nl>
CC: (10)(2e) , (10)(2e)) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minezk.nl>; (10)(2e) , (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minezk.nl>; Archief-COVID-19 < (10)(2e) @minlnv.nl>; (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; _Dienstpostbus DCC-VWS <DCC@minvws.nl>
Onderwerp: RE: Lijn sauna en wellnesscentra

Hoi (10)(2e)

Dank voor je snelle, eerste reactie. Bijgevoegd al een andere versie. Gebaseerd op de lijn die is opgesteld voor sportscholen (vond vandaag plaats) en ik heb omgebouwd naar sauna's/ wellness.
Willen jullie deze versie bekijken? Deadline is morgen 15.00 uur. Ik heb het ook nog even naar het RIVM gestuurd.
Hieronder de uitnodiging die naar onze DG is gestuurd, het gesprek vindt plaats met (10)(2e) en (10)(2e) .
Ikzelf ben morgen vrij, maar (10)(2e) (10)(2e) (in cc) in contactpersoon.

Dank vast!

Groet,

(10)(2e)

Geachte mevrouw (10)(2e)

Naar aanleiding van het gesprek tussen (10)(2e) ((10)(2e) van Quality Wellnessresorts) en (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e) tevens Voorzitter van (10)(2e) op zondag 10 mei jl., is (10)(2e) (10)(2e) in gesprek gekomen met (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) heeft geadviseerd om

contact met u te leggen. Mogelijk dat u iets voor ons kunt betekenen.

Heel graag komen (10)(2e) ((10)(2e)) en ik ((10)(2e) ; (10)(2e) met u in gesprek om de effecten van sauna en gezondheid met betrekking tot COVID-19 te bespreken. Graag verwijs ik u naar bijgaande brandbrief aan Staatssecretaris Mr. Drs. M.C.G. Keijzer.

Het is ons volstrekt onbekend welke argumentatie ten grondslag ligt aan het besluit om onze branche mogelijk pas per 1 september (gedeeltelijk) te heropenen. Deze argumenten zouden wij graag ontvangen en bespreken. Wel hebben we de minister-president woensdag horen zeggen dat 'zweetdruppeltjes gevaarlijk zijn'. En ja, in een sauna wordt er getranspireerd. Deze uitspraak is echter feitelijk onjuist. Zweet kan geen virus verspreiden, daar zijn de deskundigen het over eens. Het staat zelfs zo ook duidelijk vermeld op de corona-website van de Rijksoverheid en op die van het RIVM. Het zou wel heel prettig zijn wanneer deze uitspraak wordt gecorrigeerd. Daarnaast is in het debat bij de fitness-branche als argument benoemd dat zware ademhaling bij intensieve sport aerosolen veroorzaakt. In de sauna is juist sprake van de-intensivering van de ademhaling. Ook hoor ik geluiden voorbij komen dat kleine ruimten en slecht geventileerde ruimten een bron van overdracht zijn. Bij een hoop van onze wellnessbedrijven is geen sprake van slechte ventilatie, sterker nog dit zijn zeer professionele bedrijven waarbij er zwaar geïnvesteerd is in de techniek van onze faciliteiten. Neem ons laatste resort welke wij hebben gebouwd in Wijchen Thermen Berendonck, dit 40 MIO tellende project is het meest duurzame wellnessresort van Europa (https://www.thermenberendonck.nl/). Daarnaast is het zo dat het gebruik van sauna gezond is voor lichaam en geest en dat al sinds jaar en dag gebruik gemaakt wordt van de sauna als preventief middel tegen fluenza (griep).

Ook is uit diverse onderzoeken gebleken dat COVID-19 niet tegen hoge temperaturen kan en slecht overgedragen kan worden bij een hoge luchtvochtigheid. Allemaal zaken waar onze faciliteiten aan voldoen.

Wij zouden het meer dan op prijs stellen om met u in gesprek te komen over de effecten van sauna en gezondheid met betrekking tot COVID-19 te bespreken.

Dit is een noodroep en ik doe een beroep op u namens Quality Wellnessresorts en namens de gehele brancheorganisatie (waarin 7.000 medewerkers werkzaam zijn), en ik hoop dat u ons wilt horen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)

Van: (10)(2e)@minezk.nl <(10)(2e)@minezk.nl>
Verzonden: dinsdag 12 mei 2020 17:17
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minlnv.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minezk.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minezk.nl>; Archief-COVID-19 < (10)(2e) @minlnv.nl>
Onderwerp: RE: Lijn sauna en wellnesscentra

Ho(10)(2e) en vooral (10)(2e)
We reageren zo snel mogelijk op onderstaande. Eerste reacties zijn positief/geen aanvullingen, maar staat ook nog bij andere directie uit.
Ondertussen heb ik vast een vraag aan(10)(2e) zit de partij die ons bijgaande brief heeft gestuurd donderdag ook aan tafel bij het gesprek?
Wij hebben al telefonisch contact met hen gehad begrijp ik (10)(2e) zie cc). Dus als het dezelfde partij betreft goed om de klokken even gelijk te zetten.
Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minlnv.nl>
Verzonden: dinsdag 12 mei 2020 15:53
Aan: (10)(2e)@minezk.nl
Onderwerp: FW: Lijn sauna en wellnesscentra

Hi (10)(2e)

VWS heeft donderdag een gesprek met de sauna en welnessbranche. Willen jullie even meelezen?
Hiermee kunnen we die brief af doen denk ik?

Groeten,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 12 mei 2020 15:45
Aan: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minlnv.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; _Dienstpostbus DCC-VWS <DCC@minvws.nl>
Onderwerp: Lijn sauna en wellnesscentra

Hoi (10)(2e)

Aanstaande donderdag heeft onze DG een gesprek met de sauna- en wellnessbranche.
Ik begreep dat zij ook naar jullie/EZK een brandbrief hebben gestuurd over het feit dat ze volgens de nu geldende planning per 1 september open kunnen gaan.
Hieronder de lijn die we hiervoor hebben opgesteld, zou jij (voor morgen 15.00 uur) willen kijken of er vanuit jullie aanvullingen op zijn?
Morgen en overmorgen is (10)(2e) (10)(2e) aanspreekpunt hiervoor.
Groet,

(10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e))
Sent: Wed 5/27/2020 3:59:12 PM
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit
Received: Wed 5/27/2020 3:59:20 PM

Dag allen,

Hieronder ter info nog waar het om gaat. Wellicht dubbel want mogelijk heeft (10)(2e) dit al gedeeld.

Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @GGDBZO.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 16:41
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minezk.nl>; (10)(2e))(2e)) < (10)(2e) @minlnv.nl>; (10)(2e), (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) @brabant.nl' < (10)(2e) @brabant.nl>
CC: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdhvb.nl>; (10)(2e) ((10)(2e) @ggd-bureaugmv.nl) < (10)(2e) @ggd-bureaugmv.nl>
Onderwerp: RE: Agenda DBT COVID-19 besmetting nertsen 18 mei 2020

Beste (10)(2e) (en andere leden van het GMT die graag wilden meedenken),

Naar aanleiding van Het DMT met betrekking tot de nertsen fokkerijen had je nog een mail van mij tegoed.
De Brabantse DPGen hebben het initiatief genomen om tot een concretere onderzoeksagenda te komen rondom Corona, de gezondheidsbeleving, relatie tot Q-koorts en fijnstof. Dat kunnen we natuurlijk nooit alleen. Ook de vragen van burgers en gemeenteraden nemen toe in volume en we zien graag de beantwoording van al die vragen betere gecoördineerd, samen met de lokale GGD-en. Ook de directeuren van de Omgevingsdiensten hebben de behoefte aan regie landelijk/regionaal/lokaal en hoe we elkaar kunnen versterken in beeldvorming en duiding.
Dat er onderzoeken aankomen (door wie naar wat en op welke termijn) zouden wij graag willen vertalen naar een onderzoeksagenda, waarbij we samen kijken naar wat kan en wat wellicht sneller kan).
Ik heb beloofd met namen te komen zodat (10)(2e) een afspraak kan inplannen om eea te bespreken en te verkennen.
In de cc de namen van de collega's die ik graag zou willen toevoegen aan dat overleg.
Plan jij iets? Dank je wel!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
(10)(2e)
Aanwezig: (10)(2e)
Postbus 8684
5605 KR. Eindhoven
www.ggdbzo.nl T:
E: 088 (10)(2e)
(10)(2e) @GGDBZO.nl

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 17:56
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Hoi,

(10)(2e) lijkt me een logische keuze vanuit EPI met (10)(2e) als alternatief.
Voor Z&O kan (10)(2e) het beste beoordelen maar (10)(2e) is hier zeker al helemaal in betrokken. Ik kopieer (10)(2e) in.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>

Sent: woensdag 27 mei 2020 15:02
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e))' < (10)(2e) @minvws.nl>
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

(10)(2e) zullen we (10)(2e) voordragen? En (10)(2e) van Z&O? Groet (10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 14:58
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e))' < (10)(2e) @minvws.nl>
Subject: FW: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit
Importance: High

Ha (10)(2e) en (10)(2e)
Zie vraag van (10)(2e) hieronder.
Zouden jullie dat willen nagaan en terugkoppelen aan (10)(2e)
Groet
(10)(2e)

From: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 14:50
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Onderzoeksagenda COVID GGD

Hoi (10)(2e)

We zoeken voor iemand vanuit het RIVM die kan meedenken met de GGD over onderzoek. Kan jij dat intern nagaan?
Dit wordt getrokken vanuit Brabant en heeft vooral een link de onderzoeken die moeten gaan lopen rond veehouderij,luchtkwaliteit, corona gaan lopen. Ik stuur je zo de mail van (10)(2e) door.

Groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e)) < (10)(2e) @minlnv.nl>
Verzonden: dinsdag 26 mei 2020 17:28
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD

(10)(2e) inderdaad en zij droeg ook nog (10)(2e) , (10)(2e) aan.

Van: (10)(2e)) < (10)(2e) @minlnv.nl>
Verzonden: dinsdag 26 mei 2020 17:20
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Onderzoeksagenda COVID GGD

Hoi (10)(2e)

De GGD heeft gevraagd om een overleg om een onderzoeksagenda te maken voor de COVID onderzoeken. Weet jij wie van het RIVM ik hiervoor kan uitnodigen?

Groet
(10)(2e)

Met vriendelijke groet,
(10)(2e)
(10)(2e)
....
Directie Dierlijke Agroketens en Dierenwelzijn
Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit

Bezuidenhoutseweg 73 | 2594 AC | Den Haag |
Postbus 20401 | 2500 EK | Den Haag
....
M (10)(2e)
(10)(2e) @minlnv.nl
www.rijksoverheid.nl/lnv

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is gezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen.
De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message.
The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 10/9/2020 3:12:07 PM
Subject: RE: pienter resultaten bekend?
Received: Fri 10/9/2020 3:12:08 PM

Heb net al even met (10)(2e) overlegd, zij is van dichtbij betrokken bij deze studie. Ik mail (10)(2e) terug.

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 9 oktober 2020 16:18
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: pienter resultaten bekend?

Ja goed idee om dat te vragen.
Ik neem toch aan dat ze hun info ook in het belang van kennis/bestrijding willen delen.

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 9 oktober 2020 16:16
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: pienter resultaten bekend?

Hoi (10)(2e)

Dat dacht ik ook (10)(2e) Delen is juist prima.
Maar wel vreemd dan dat ze zelf niet wil zeggen om welke groep het gaat.
Dan kunnen we evt ook wat dieper kijken?

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 9 oktober 2020 16:13
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: pienter resultaten bekend?

Hi (10)(2e)

Doorsturen is zinvol voor GGD Amsterdam. Ik neem aan dat als zij iets verder zijn ze ook delen om welke groep het gaat. Ze zullen per groep grotere aantallen hebben in HELIUS dan wij in Pienter en ook meer kunnen differentieren neem ik aan.
Welke test gebruiken ze?

Groet (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 9 oktober 2020 14:47
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: pienter resultaten bekend?

Hoi (10)(2e)
(10)(2e) cc,

Gisteren even gebeld met (10)(2e) over PICO en hun seroepi studie in Amsterdam (die is opgezet vanuit het HELIUS cohort; onder 6 verschillende etniciteiten in Amsterdam, waarvan ze ieder ongeveer 400 deelnemers

hebben geïncludeerd). Ze wilde even overleggen in hoeverre wij verschillen zien tussen mensen van verschillende komaf, d.w.z. verder uitgesplitst dan naar Dutch, non-Dutch Western en non-Western die ik haar eerder mailde. Zij hebben deze week hun eerste inclusieronde afgerond (die liep vanaf juni) en zien in de eerste ruwe resultaten dat er één groep behoorlijk bovenuit steekt in Amsterdam (ze wilde nog even niet zeggen welke); dat is was dus nog niet gewogen/gecorrigeerd naar leetijd&geslacht en ik weet ook niet hoe representatief het e.e.a. is. Ze vroeg iig of ik ook even wilde kijken naar wat verdere uitsplitsingen binnen de non-Western groepen. Zie de tabel hieronder, waarin de non-Western verder zijn uitgesplitst naar Marokkanen & Turken, Sur/Aru/Ant en overig (net als in Pienter3, waarin overigens n=142, 285 en 445 resp. zatten). Zoals je ziet liggen ons landelijke estimates dus allemaal in dezelfde lijn, maar hebben de uitgesplitste groepen een breed 95%CI, logischerwijs door de kleine aantallen. Ik heb nog even gekeken per P3-regio, maar dat is niet echt wenselijk met deze aantallen en lage overall prevalentie tot op heden.

Zal ik onderstaande table ter info doorsturen (zonder 95%CIs) naar (10)(2e)

(10)(2a)

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Sent: donderdag 8 oktober 2020 10:18
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: pienter resultaten bekend?

Dank (10)(2e) Kan ik je even bellen en op welk nummer?.

Van: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: donderdag 8 oktober 2020 10:11
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: pienter resultaten bekend?

Hi (10)(2e)

In ons NLse-cohort (NB. we volgen namelijk ook het lage vaccinatiegraad cohort) zitten de deelnemers van NLse afkomst (n=5,996) op 4.9%, de non-Dutch Western (n=512) op 3.0% en de non-Western (n=305) op 3.8% (waarbij de 95%CIs allemaal overlappen). Dit zijn schattingen van mid-juni en gewogen naar de Nlse bevolking. Proportioneel blijft de inclusie van de non-Western tov NL'ers altijd wat achter, zoals ook hier (en zoals eerder gemaild voor ronde 1).
Fijn dat jullie uit het HELIUS cohort kunnen putten, en dus verdere uitsplitsingen naar verschillende migrantengroepen kunnen doen voor Amsterdam. Ik verwacht dat jullie cijfers er wel echt wat anders uit zullen zien. T.z.t. volgt hopelijk een wet. publicatie van onze 2e ronde; als die online is, laten we het weten.

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Sent: woensdag 7 oktober 2020 14:04
To (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: pienter resultaten bekend?

Hi (10)(2e)

Kun je ook al iets meer vertellen over prevalenties en aantallen personen met een migratiegeschiedenis. Op de website las ik dat jullie geen verschillen zien (ongeveer hetzelfde. Geldt dat voor alle groepen met een migratiegeschiedenis?

Gr, (10)(2e)

.

Van: (10)(2e) (10)(2e)
Verzonden: woensdag 7 oktober 2020 11:15
Aan: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)
Onderwerp: RE: pienter resultaten bekend?

Hoi (10)(2e)

Leuk om je via deze week weer te spreken, laatste keer was volgens mij bij het promotiefeestje van (10)(2e)

Ik reageer ook even namens (10)(2e) op je bericht: dank voor de resultaten! Ben benieuwd naar de risicofactoren & de volgende ronde. Maria en ik zijn betrokken bij de een seroprevalentie studie binnen HELIUS. Dit is een tweemalige steekproef onder de 6 etnische groepen binnen HELIUS uit Amsterdam (beoogde totaal 2580 deelnemers, dus 430 per groep, van de ca. 25000 die mee hebben gedaan met de HELIUS baseline). De eerste ronde wordt deze week afgerond dus we hopen de resultaten snel te hebben, de tweede ronde vindt eind dit jaar/begin volgend jaar plaats onder dezelfde deelnemers. Zodra we de resultaten hebben en kunnen delen, laten we het weten!

Groetjes,
(10)(2e)

(10)(2e)

GGD Amsterdam

(10)(2e)
(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl

Nieuwe Achtergracht 100, 1018 WT Amsterdam
ggd.amsterdam.nl

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: dinsdag 6 oktober 2020 11:23
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Onderwerp: RE: pienter resultaten bekend?

Hi (10)(2e)

Dank voor je bericht. Mooi dat jullie ook in Amsterdam opschieten met inclusie! Ben erg benieuwd.

Wij hebben idd de voorlopige resultaten t/m ronde 2 op de website gezet, inclusief een kaartje met seroprevalentie naar GGD regio's. Meer specifiek voor regio Amsterdam in mid-juni 2020 (gewogen en gecorrigeerd): 6.1%. Verdere analyses naar risico factoren zijn we onlangs mee gestart.

De derde ronde is inmiddels van start gegaan sinds afgelopen week. In november verwachten we daar weer de eerste resultaten van.
Ik ben erg benieuwd naar jullie resultaten! Zijn die ergens te vinden tzt? Hoe groot is jullie sample? En is die random door Ams getrokken?

Succes!
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Sent: dinsdag 6 oktober 2020 09:32
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> (10)(2e) 2(10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Subject: RE: pienter resultaten bekend?

Niet goed gezocht: Zag net deze link: https://www.rivm.nl/pienter-corona-studie/resultaten.
Komt er ook een ronde 3?

Van: (10)(2e)
Verzonden: dinsdag 6 oktober 2020 9:26
Aan: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e) (2(10)(2e)
Onderwerp: RE: pienter resultaten bekend?

Beste (10)(2e)

Veel dank nog voor zenden informatie In alle hectiek was ik je dat vergeten te mailen. En heel leuk je zo weer tegen te komen. (10)(2e) destijds zeker de groeten gedaan

Mooie respons inderdaad. Respons rate by etniciteit is herkenbaar. In Amsterdam hebben we inmiddels de eerste ronde testen binnen het HELIUS cohort achter de rug. De ruwe data komen eind deze week beschikbaar. Om die te interpreteren zou het fijn zijn te weten wat jullie zien, ook in de regio Amsterdam/Amstelland. Zijn jullie prevalentie gegevens inmiddels openbaar? Dit om onze data in perspectief te plaatsen. En hoe staat het met een 2e ronde? Indien handig, kunnen we ook ff bellen.

Gr,

(10)(2e)

PS In cc (10)(2e) die als (10)(2e) op dit project werkt.

Van: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 12:38
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e); (10)(2e)
CC: (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: pienter resultaten bekend?

Beste (10)(2e)

Dat is een tijdje geleden; hoop dat alles goed gaat daar op de GGD! Goed dat jullie in Amsterdam onder migranten gaan testen.
Het klopt idd dat we druk zijn met de finale analyses uit de eerste Pienter corona ronde. Aangehecht wat response cijfers voor intern gebruik die voor jullie van belang kunnen zijn. Ik heb ze gestratificeerd naar sex, age categories, ethnic background, religion en educational level.

In het kort:
-Overall response rate van deelnemers met een bloedmonster: 3207/6201 = 51.7%
-v.w.b. geslacht: iets meer vrouwen dan mannen, maar response nagenoeg hetzelfde
-v.w.b. leeftijd: response het hoogste tussen 18-79 jaar (allen > 50%)

-v.w.b. etniciteit: meest NLers en Western (beide > 50%), en minst non-Western (24%)
-v.w.b. religie: minste inclusie onder religie 'anders' (islamic, jewish, buddism, Hinduism, other) (26%)
-v.w.b. educatie: hoogste inclusie onder hogeropgeleiden (62%), laagste onder lageropgeleiden (41%)

Houd er rekening mee dat we mensen hebben benaderd die al eerder aan Pienter3 hebben deelgenomen in 2016/17 en destijds hebben aangegeven in de toekomst wel weer benaderd te willen worden voor vervolgonderzoek. Dat heeft zeker bijgedragen aan de hoge respons. En wat Fiona aangaf voor de migranten: we hebben idd helaas geen tijd gehad om in allerlei talen mensen te benaderen, dat verklaard de wat lagere respons onder de niet-NLers.

Hoop dat je hier mee verder kunt en succes met het onderzoek. En doe de groeten aan (10)(2e)

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 28 mei 2020 10:00
To: (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: pienter resultaten bekend?

Beste (10)(2e)

Goed dat je me weer mailt; je vraag was inderdaad weggezakt in de lijst van mails.
En ook goed te horen dat Amsterdam een steekproef gaat testen.

PIENTER Corona (PICO) ronde 1 is uitgevoerd eind maart/april. De voorlopige resultaten zijn gedeeld met OMT en we zijn hard aan het werk om de definitieve analyses gereed te krijgen. Dat verwacht ik zeer binnenkort te kunnen submitten (Vos et al).
We hebben toen 3400 aanmeldingen gehad van de 6100 uitgenodigden. Vanwege de gemeente-design van PIENTER hebben we grote delen van Nederland niet gevangen in PICO.
Vandaar dat we nu (tweede ronde) een extra steekproef zullen toevoegen; random uit heel Nederland. Dit loopt nu.

PICO is heel snel opgezet en, daar waar we in PIENTER 3 veel aandacht hebben besteed aan het bereiken van groepen die de mogelijk minder snel zouden meedoen, kon dat in PICO niet. We hebben enkel een Engelse vertaling gemaakt op de website. Het zou me niet verbazen als de diversiteit van de deelnemers groep in PICO minder groot zal zijn dan in P3.
EPI is hier nog naar aan het kijken en kan je beter informeren.

De vingerprik werkte goed. Van de meeste teruggestuurde vingerprikjes zijn van goede kwaliteit.
Het is dus niet een dried blood spot maar een paar bloeddruppels in een mini buisje. Daar maken we op het lab serum van.

Voor meer info over deelname van migranten kun je beste contact opnemen met (10)(2e)
Als je meer wilt weten over vingerprikjes en logistiek etc mail me gerust,

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 17:46
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: pienter resultaten bekend?
Importance: High

Beste (10)(2e)

Wellicht is onderstaande email ondergesneeuwd. Kan ik je hierover bellen deze week en op welk nummer? Inmiddels is duidelijk dat we

komende maanden in Amsterdam een steekproef gaan testen.

Gr,

(10)(2e)

Van: (10)(2e)
Verzonden: woensdag 6 mei 2020 18:06
Aan: (10)(2e) @rivm.nl'
CC: (10)(2e)
Onderwerp: pienter resultaten bekend?

Beste (10)(2e)

Zou je me kunnen helpen aan de uitkomst en referentie van de Pienter studie naar CovID-19.
Als die nog niet openbaar zijn, zou je dan willen delen

- Hoeveel mensen zijn onderzocht van alle uitgenodigden
- Idem voor migranten, met name voor degenen van niet westerse afkomst
- Werkte het zelf samples (blood spot), ook voor de grote migranten groepen.

Indien handiger kunnen we ook even bellen. Ik wil een en ander weten met oog op mogelijk studie onder migranten in Amsterdam

Gr,

(10)(2e)

(10)(2e) Amsterdam UMC, location Academic Medical Centre , Dept. of Internal Medicine, Infectious Diseases, University of Amsterdam

(10)(2e)
Public Health Service of Amsterdam
PO Box 2200
1000 CE Amsterdam
The Netherlands

(10)(2e)
email: (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl
(10)(2e), Nieuwe Achtergracht 100, Amsterdam

www.gezond.amsterdam.nl
www.amsterdamcohortstudies.org
www.sarphati.nl

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

288490

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 7:00:51 AM
Subject: RE: Concept besluitenlijst DR 12 mei en vastgestelde besluitenlijst DR 26 mei
Received: Fri 5/29/2020 7:00:51 AM

Top, fijn dat dat komt, dank en succes

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1
3720BA Bilthoven
+31 (0)6 (10)(2e)
Secretariaat
(10)(2e) @rivm.nl
+31 (0)30 (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 29 mei 2020 08:48
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Concept besluitenlijst DR 12 mei en vastgestelde besluitenlijst DR 26 mei

Huisvesting en facilitaire dienstverlening

Organogram is bijna klaar, maar de insite omgeving kan heel moeilijk met visuele dingen omgaan, dus moet elders opgemaakt worden...

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 29 mei 2020 om 08:11:16 CEST
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Concept besluitenlijst DR 12 mei en vastgestelde besluitenlijst DR 26 mei

He hoi

Even voor mij; waar staat hfd voor?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1
3720BA Bilthoven
+31 (0)6 (10)(2e)
Secretariaat
(10)(2e) @rivm.nl
+31 (0) (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 21:58

Aan: (10)(2e) 10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: Concept besluitenlijst DR 12 mei en vastgestelde besluitenlijst DR 26 mei

Beste collega's,

Nav het conceptverslag van 19 mei enkele specifieke punten voor eenieder van jullie.

(10)(2e): Teststraat naar RIVM-terrein. Als het al niet gedaan is, graag contact met (10)(2e) haar team van HFD laten opnemen om dit te ondersteunen.

(10)(2e): 1 juni staat nu genoemd voor 1,5 meter bij RIVM als ingangsdatum. Na verkenning C&D van wat aan communicatie nodig is, is het CMT uitgekomen op 8 juni als ingangsdatum. Dit in definitieve verslag graag opnemen.

(10)(2e): Bij het RIVM komen veel Coronagerelateerde klachten binnen. FCC, Infopunt en Cib werken samen aan afhandeling. In veel gevallen zullen klagers doorverwezen worden naar andere instanties omdat de klacht gaat over maatregelen die ingevoerd zijn en waarvoor RIVM niet de verantwoordelijkheid heeft. FCC heeft pro-actief contact gelegd met het bureau van de nationale ombudsman om dit aan te geven en om het verzoek over te brengen dat de nationale ombudsman mensen met die met een klacht daar aankloppen meedenken over welke instantie de betreffende maatregel heeft ingevoerd (departement, sector die een protocol heeft uitgewerkt etc.). Ik denk dat het goed is als (10)(2e) of (10)(2e) dit als mededeling inbrengt in de DR van 2 juni.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
Hoofd Stafeenheid Finance, Compliance en Control (FCC)
Werkplek: Gebouw G4 Flex
T: 030 - (10)(2e)
M: 06 - (10)(2e)

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
www.rivm.nl

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

dubbel

288499

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl]; DG (10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 6:25:39 AM
Subject: RE: Nazending BR 29 mei 2020
Received: Fri 5/29/2020 6:25:39 AM

Graag, dank vast. Aanpassen hoeft echt niet hoor maar als ik er eventueel nog wat op aan wil vullen dan kan dat ook nog wel los per mail of app.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) Volksgezondheid en Zorg a.i.
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1
3720BA Bilthoven
+31 (0)6 (10)(2e)
Secretariaat
(10)(2e) @rivm.nl
+31 (0)3 (10)(2e) / (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 29 mei 2020 08:19
Aan: DG <(10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Nazending BR 29 mei 2020

Hoi (10)(2e)

Kan je de uiteindelijke annotatie naar mij en (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) sturen (liefst mij volgende keer weer in de cc). (10)(2e) wil graag annotatie zien (en evt aanpassen maar denk dat dat qua tijd niet mer haalbaar is) ivm de Contourennota.
Dank alvast (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 28 mei 2020 om 17:23:51 CEST
Aan: DG <(10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: BO <(10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)' < (10)(2e) @minvws.nl>, (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Nazending BR 29 mei 2020

Hoi (10)(2e)

Annotatie op Contourennota agendapunt 1:

Het vervolg van de Contourennota Toekomst van de zorg dient door Coronacrisis anders te worden opgepakt. Hiervoor liggen scenario's voor:

I. discussiedocument ter consultatie naar alleen de belangrijkste partijen in volksgezondheid en zorg gestuurd, waarbij afronding, (interdepartementale en politieke) afstemming en publicatie in het najaar plaatsvindt.
II. II. *Brede consultatie*. De Contourennota wordt na de zomer als discussiedocument openbaar geconsulteerd.
III. III. *Bundeling met RIVM-verkenning*. De Contourennota wordt gecombineerd met de corona-impact-verkenning van het RIVM, bijvoorbeeld door de RIVM-publicatie als (inhoudelijke) bijlage bij de Contourennota op te nemen. Publicatie kan dan eind 2020/begin 2021 plaatsvinden.
IV. IV. *Niet uitbrengen*. Er wordt als gevolg van de coronacrisis afgezien van openbare consultatie en publicatie van de Contourennota, maar deze kan benut worden als ambtelijk visiestuk.

Bewindspersonen moesten zich eerst uitspreken welk scenario hun voorkeur had, de Staatssecretaris en de Minister van VWS hebben een voorkeur voor een Scenario II, evt. in combinatie met III (bundeling met VTV), waarbij er een concept-Contourennota na de zomer als discussiedocument breed in consultatie wordt gebracht. De Minister van VWS gaf ook aan in juni weer in gesprek te willen met het contourenteam via een haardvuursessie. Van de Minister voor MZS is nog geen reactie ontvangen.

Beslispunten
Bent u akkoord om, zodra reactie van alle bewindspersonen binnen is, een nieuwe haardvuursessie in te laten plannen (in juni)? **Ja (als definitief is besloten welk scenario het wordt)**
Bent u akkoord dat wij, ter voorbereiding hierop, een overleg met de meest betrokken leden van de BR inplannen (in ieder geval SG en DGLZ)? **Ja als het een combinatie met scenario III** **Ja zeker als er voor (een combi) met scenario III wordt gekozen wil het RIVM ook betrokken worden bij het overleg.**
Bent u ermee akkoord dat wij tijdens de haardvuursessie bijgaande conceptopzet zullen bespreken, ondersteund met een presentatie die de bewindspersonen meeneemt in wat er de afgelopen periode is gebeurd en welke inzichten uit de Coronacrisis wij voorstellen om mee te nemen in de Contourennota en op welke wijze? **Ja**
Input voor Hans: de vraag wat het meest handige scenario is wordt niet aan de BR gesteld en is aan de BPS. Punt is wel dat de Contourennota een visie document is – politiek en gericht op de toekomst. Terwijl de VTV en de Corona toekomst verkenning extrapolerend zijn op bestaand beleid (i.t.t. de contourennota gericht is op toekomstig beleid/politieke verkenning). De Corona inclusieve VTV kan gebruikt worden als input voor de Contourennota en past in die zin door het breder plaatje als gevolg van Corona te schetsen. RIVM is geen voorstander van een bundeling of inhoudelijke bijlage vd Contourennota (want het is een RIVM product - onafhankelijkheid en gericht op staand beleid). Inbreng voor Hans: VTV incl Corona komt in november uit en kan zeker als input dienen (maar niet als bijlage of bundeling) voor de Contourennota.

Groet (10)(2e)

From: DG <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: donderdag 28 mei 2020 11:01
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)' < (10)(2e) @minvws.nl>
Cc: BO <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Nazending BR 29 mei 2020

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 10:37
Aan: _Dienstpostbus Bestuursraad < (10)(2e) @minvws.nl>; _Dienstpostbus Directeur BPZ < (10)(2e) @minvws.nl>; _Groep DBPZ-adviseurs < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @igj.nl>; DG <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; DienstpostbusDGLZ < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @igj.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @igj.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @igj.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @igj.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: Nazending BR 29 mei 2020

Goedemorgen Allen,

Hierbij stuur ik u de nazending van de BR van vrijdag 29 mei 2020.
Deze stukken staan tevens in IBABS.

De nagezonden stukken zijn:

Agendapunt 1.c: Update Contourennota;
Agendapunt 1 .e.: Project 1,5m kantooromgeving De resident;
Agendapunt 3.a.: Projectorganisatie COVID-1.

Met Vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e)

|(10)(2e) (10)(2e) | (10)(2e) |Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport|
Directie BPZ| Parnassusplein 5|2511 VX |Den Haag |Postbus 20350|2500 EJ| Den Haag|070-(10)(2e)
06-(10)(2e) |kamer (10)(2e) | (10)(2e)@minvws.nl | (10)(2e)@minvws.nl
|www.rijksoverheid.nl |

To: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/11/2020 8:44:04 AM
Subject: FW: Overleg COVID/RIVM
Received: Mon 5/11/2020 8:44:04 AM

tkn

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1
3720BA Bilthoven
+31 (0)6 (10)(2e)
Secretariaat
(10)(2e) @rivm.nl
+31 (0)30 (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>
Verzonden: maandag 11 mei 2020 10:43
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Re: Overleg COVID/RIVM

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Op ma 11 mei 2020 om 09:55 schreef (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>:
Ter info

Van: (10)(2e) (TSS) < (10)(2e) @maastrichtuniversity.nl>
Datum: 11 mei 2020 om 09:48:31 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Re: Overleg COVID/RIVM

Geachte (10)(2e)

Ik heb (10)(2e) (10)(2e) vrijdag een email gestuurd om mijn deelname aan het gesprek te annuleren, omdat de OVV donderdag het verzoek van het kabinet heeft gekregen om de corona-crisis te evalueren en dat onderzoek heeft aangekondigd. In mijn mail aan hem heb ik eea toegelicht en suggesties gedaan voor andere mensen in mijn netwerk die iets voor jullie zouden kunnen betekenen als het gaat om academische kennis over risk governance en patronen daarin. Ik was daarin overigens (10)(2e) (10)(2e) vergeten, met wie ik vorig jaar nog een high-level expertsessie over deze thematiek had georganiseerd (waaraan ook (10)(2e) deelnam).

Ik maak overigens op een ander moment graag een keer kennis met (10)(2e) Ik heb haar oratie en proefschrift met belangstelling bekeken.

Ik wens jullie wijsheid en sterkte in deze ingewikkelde dynamiek. Hoop dat hetgeen ik op de mail had gezet al nuttig is, en anders mijn publicaties.

Met vriendelijke groeten

Marjolein

prof.dr.ir. Marjolein B.A. van Asselt
http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Profile/marjolein.vanasselt.htm

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: maandag 11 mei 2020 07:29
Aan: (10)(2e) (TSS)
Onderwerp: Overleg COVID/RIVM

Geachte mevrouw Van Asselt,

Morgenmiddag is er een gesprek gepland met u en een aantal RIVM'ers. (10)(2e) (10)(2e), secretaris van het OMT, is verhinderd vanwege een overleg met de minister van VWS op hetzelfde moment. (10)(2e) ou echter graag bij het overleg aansluiten. Een wat ons betreft geschikt moment is aanstaande woensdag om 16 uur. Is het wat u betreft mogelijk het overleg naar dat moment te verplaatsen?

Dank en groet,

(10)(2e) (10)(2e)

Van: (10)(2e) (TSS) < (10)(2e) @maastrichtuniversity.nl>
Datum: 25 april 2020 om 22:33:06 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: DG < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Re: COVID19 - Nieuwsuur

Geachte (10)(2e) (10)(2e) er (10)(2e)

Sorry dat ik je bericht gisteren heb gemist, want gisteren sparren had mogelijk kunnen helpen met oog op het Nieuwsuur-item. Ik probeer zo kort mogelijk uit te leggen wat ik bedoel, maar het is toch een lange mail geworden.

Het ingewikkelde van onzekere risico's is de grote wetenschappelijke onzekerheid. Dan ontstaat vaak wat wij de onzekerheidsparadox hebben genoemd: wetenschappelijke onzekerheid wordt erkend, maar toch wordt van wetenschappers zekerheid verwacht. Dat brengt experts sowieso in een spagaat. COVID-19 is ook nog geen onzeker risico dat in alle rust verkend kan worden, maar de risk assessment moet onder hoge druk plaatsvinden terwijl de impact zich al met hoge snelheid openbaart. Dus de risk assessment vindt parallel aan risk management plaats, maar is daar tegelijkertijd input voor. In die situatie ontstaat vaak wat wij "role ambiguity' hebben genoemd: de risk assessors hebben/krijgen/nemen de facto de risk management rol. Dat maakt de situatie echter alleen maar complexer, want naast de complexiteit van het risico zelf veroorzaakt rol-onvastheid politiek-bestuurlijke en maatschappelijke complexiteit, die de neiging heeft zichzelf te versterken. De reeds overvraagde risk assessors (want risk management is niet hun vak) worden zelf onderwerp van debat.

Een en ander is nogal reëel in zijn consequenties. Risk assessors die een groot deel van hun tijd met risk management bezig zijn terwijl dat niet hun professie is en ook nog zelf onderwerp van debat worden wat veel tijd en energie kost, kunnen die kostbare tijd niet aan risk assessment (en dus aan het beter begrijpen van het risico en het verkleinen van de onzekerheid) besteden, waardoor de risk assessment suboptimaal wordt en dat is niet zonder consequenties. Ook het risk management is suboptimaal omdat ervaring met en expertise van beleid en ook de creativiteit die nodig is om de in meest brede zin van het woord beste response-strategieën te bedenken niet worden aangeboord. Goede risk assessment en gezaghebbende risk assessors zijn cruciaal om dat wat moet gebeuren uit voorzorg (gezien de onzekerheid) dan wel uit preventie (ten aanzien van wat we inmiddels wel zeker weten) te schragen. Risk assessors die zelf onderwerp van debat worden, worden minder gezaghebbend.

Risk assessors zijn NIET degenen die de response-strategieën moeten bedenken, uitdragen, verdedigen, etc, maar zij moeten wel met kennis en gezag kunnen uitleggen dat het onzekere risico gevaarlijk en urgent is, wat we weten en wat onzeker is, zodat de context voor besluitvorming en de randvoorwaarden helder zijn.. In diverse publicaties hebben wij de rol van risk assessors als het gaat om onzekere risico's dan ook geduid als het geven van onzkerheidsinformatie: wat is onzeker, waarom, hoe kan de onzekerheid verkleind worden en welke interpretaties van die onzekerheid zijn valide (en welke dus ook niet)? Zodat beleidsmakers en politici verantwoordelijken weten wat de 'decision space' is.

De meeste risk assessors zijn hele goede wetenschappers, extreem goed in hun vak, maar in 2 dingen niet getraind: 1) het systematisch verstrekken van onzekerheidsinformatie en 2) politiek-bestuurlijke sensitiviteit, zeg maar het besef van het cruciale belang van rol-vastheid en bewustzijn van wat je de technocratische verleiding zou kunnen noemen.

Ik heb het recente OMT-advies bestudeerd en jullie zijn kwetsbaar. In het recente OMT-advies lopen risk assessment en risk management door elkaar, niet alleen inhoudelijk, maar ook wat rolopvatting en opstelling betreft. Dat is heel subtiel, maar in dit soort complexe zaken doet elk detail ertoe. Ook als het gaat om het omgaan met onzekerheid is niet elke valkuil vermeden. Niet alle kritiek die nu geuit wordt in het Nieuwsuur-item en de discussie over een IMT snijdt hout, maar de intuïtie zowel van de media, de aangehaalde wetenschappers als de Tweede Kamer dat er iets schuurt klopt wel. Dus jullie eerste reactie zal waarschijnlijk als olie op het vuur werken.

In het MH17 onderzoek waren wij door een toevallige samenstelling van de Raad (Tjibbe Joustra, Erwin Muller en ikzelf) ons bewust van het belang van het systematisch omgaan met onzekerheid en de noodzaak tot rolvastheid in een geopolitiek krachtenveld. Wij hebben er zelf heel veel over gesproken en bij stil gestaan en hebben in het proces een aantal reflectiebijeenkomsten (onder geheimhouding) georganiseerd waar we juist hierover hebben gesproken met een aantal éminence gris. Hoe zorgen wij dat we binnen onze rol blijven en onze eigen rol beter dan goed invullen? Want dat is namelijk nodig in een complexe situatie: dat je je eigen rol beter dan goed vervult. Dat heeft ons als Raad en daarmee de OVV erg geholpen, om naast de inhoudelijke complexiteit ook in het omgaan met onzekerheid en in de politiek-bestuurlijke complexiteit koers te vinden en te houden. Door binnen onze rol te blijven, was elke aanval op de OVV (en die zijn er natuurlijk geweest) steeds ineffectief en zijn wij nooit zelf onderwerp van discussie geworden en staat het onderzoek als gezaghebbend te boek.

Ik denk graag mee over onzekerheid in toekomstverkenning, maar volgens mij is mijn expertise over de governance of uncertain risks nu relevanter voor jullie. Ik weet ook niet wat het beste is, maar ik kan wel delen wat ik weet uit mijn onderzoek en geleerd heb in de praktijk, en mogelijk helpt en steunt jullie dat. Zoals de éminence gris destijds hun wijsheid met ons hebben gedeeld.

Ik kan niet zo veel doen (vanwege de combi met de kinderen thuis, maar ik ben ook alleenstaand gescheiden moeder en ze wonen bij mij, dus het is al een behoorlijke krachtsinspanning om alle ballen in de lucht te houden), dus ik wil de verwachtingen wel temperen, maar ik besef ook dat ik in Nederland (en misschien zelfs in Europa) de enige ben die deze expertise over en ervaring met onzekere risico-vraagstukken in een politiek-bestuurlijk krachtenveld combineert. Er ontstaat nu rondom het RIVM een dynamiek waarin ik niet kan beoordelen wanneer een gesprek met wie van jullie nuttig kan zijn. Dus als je mij sms't wie vanaf welk telefoonnummer mij ongeveer wanneer zou kunnen bellen, doe ik mijn uiterste best beschikbaar te zijn. Nogmaals mijn nummer: 0651705852. Deze mailbox staat niet op mijn telefoon, dus is afhankelijk van wanneer ik toevallig kijk wanneer ik het zie.

Ik blijf heel bewust redelijk onder de radar, dus de media weet mij nooit zo goed te vinden, en ik heb zelf ook geen behoefte mee te doen in een publiek debat, terwijl alle hens aan dek nodig is. Dus graag ook prudent omgaan met het intern delen van deze mail.

Sterkte in deze ingewikkelde complexiteit. Ik merk het wel of ik iets kan betekenen.

Groeten

Marjolein

prof.dr.ir. Marjolein B.A. van Asselt
http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Profile/marjolein.vanasselt.htm

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 24 april 2020 08:52:15
Aan: (10)(2e) (TSS)
CC: DG; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: COVID19 - aanbod om te sparren

Geachte Marjolein,

Dank voor uw mail en het aanbod. Dit waarderen we zeer en uw expertise en kennis op het terrein van governance of uncertain risks en toekomstverkenningen is in deze situatie heel nuttig. Zowel de huidige situatie maar ook om na te denken over de situatie na de COVID-19 crisis.

(10)(2e) (10)(2e) heeft nog steeds een overvolle agenda, maar in het domein Volksgezondheid & Zorg is er veel interesse in omgaan met onzekerheid in toekomstverkenning in het licht van COVID-19.

De flexibele en inflexibele kant van thuiswerken herken ik * . Wanneer zou het u uitkomen om van gedachte te wisselen ? Dan zal het V&Z domein hierbij betrekken en afstemmen met de domeindirecteur (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e).

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) Strategist RIVM
....
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
T: +31 (0) 6 (10)(2e)
(10)(2e) @rivm.nl
http://www.rivm.nl
....
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

From: (10)(2e) (TSS) < (10)(2e) @maastrichtuniversity.nl>
Sent: woensdag 22 april 2020 15:51
To: DG < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: COVID19 - aanbod om te sparren

Geachte (10)(2e) en (10)(2e)

Ik heb het kennismakingstelefoontje afgezegd omdat (10)(2e) belangrijkere zaken aan zijn hoofd had dan de wetenschappelijke adviesraad voor VTV.

Ik ben echter zo vrij jullie nu wel te contacteren, omdat ik denk dat mijn expertise en ervaring juist in deze fase van de COVID19-crisis relevant zouden kunnen zijn.

Zoals jullie mogelijk weten is mijn leerstoel op het terrein van governance of uncertain risks en heb ik veel onderzoek gedaan naar -en veel gepubliceerd over- de rol van experts en risk assessment in die dynamiek, zowel als hoogleraar maar ook als lid van bestuurlijk georiënteerde wetenschappelijke instituties (RMNO, WRR, OVV, De Jonge Akademie van de KNAW). Met andere woorden ik heb me nogal bezig gehouden met het type maatschappelijk-politiek-wetenschappelijk krachtenveld waar het RIVM nu in zit. Met het OVV-MH17-onderzoek heb ik die dynamiek zelf aan den lijve ondervonden en ook ervaringen opgedaan die ik graag deel. Daarbij ken ik het RIVM ook van binnenuit: ik ben er mijn loopbaan begonnen, het RIVM heeft mijn promotie-onderzoek gefinancierd (over omgaan met onzekerheid in toekomstverkenning) en ik ben sindsdien regelmatig als externe expert geraadpleegd/betrokken/etc, zoals oa blijkt uit het co-auteurschap van bijgaande publicatie over risk governance en het RIVM.
https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/45819944F6AE51380FF9A74DAB9306DD/S1867299X18000648a.pdf/use_of_risk_governance_principles_in_practice_lessons_from_a_dutch_public_institute_for_risk_research_and_assessment.pdf

Ik wil in elk geval aangeboden hebben om met jullie te sparren. Dus bij deze. Ik heb geen behoefte me in het publieke debat te roeren, maar als mijn expertise en ervaring nuttig kunnen zijn in deze crisis, dan stel ik die graag beschikbaar.

Mijn rechtstreekse nummer is 0651705852. Ik combineer thuiswerken met de zorg voor mijn twee dochters (6 en 11), dus ik ben zowel flexibel als inflexibel tegelijk.

Groeten

Marjolein

prof.dr.ir. Marjolein B.A. van Asselt
http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Profile/marjolein.vanasselt.htm

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e))
Sent: Wed 6/3/2020 5:50:58 AM
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit
Received: Wed 6/3/2020 5:51:03 AM

Veel dank allen. Ik geef de namen van deze personen door aan LNV. Daar ligt het intitiatief voor de uitnodiging en organisatie.
Met groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: dinsdag 02 jun. 2020 5:50 PM
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Kopie: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Hoi (10)(2e) allen,

Dank voor het doorgeven dat ook vanuit het Centrum Gezondheid en Milieu graag wordt meegedacht, (10)(2e) heeft inmiddels de naam van (10)(2e) doorgegeven aan (10)(2e)

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 17:50
To: (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e))' < (10)(2e) @minvws.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Dag (10)(2e)

Vanuit RIVM dragen we de volgende experts voor:
- (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (veehouderij, zoönosen, programmaleider VGO)
- (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (epidemiologie respiratoire infecties)
- (10)(2e) (luchtkwaliteit)
- er volgt nog een naam vanuit het Centrum Gezondheid en Maatschappij dat de GGDen ondersteunt op het gebied van milieu en gezondheid

Groet!

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 5/6/2020 4:12:15 PM
Subject: FW: nieuwsbericht gedragsonderzoek nog onder embargo tot morgenochtend 7u
Received: Wed 5/6/2020 4:12:16 PM
200506 nieuwsbericht corona gedragsonderzoek RIVM GGDen .docx

tkn

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) Volksgezondheid en Zorg a.i.
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1
3720BA Bilthoven
+31 (0)6 (10)(2e)
Secretariaat
(10)(2e) @rivm.nl
+31 (0)3 (10)(2e) / (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Verzonden: woensdag 6 mei 2020 18:12
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: FW: nieuwsbericht gedragsonderzoek nog onder embargo tot morgenochtend 7u

Beste (10)(2e)

Mogelijk ook via (10)(2e) of je comm mensen gehoord, maar voor de zekerheid ook rechtstreeks bijgaand nieuwsbericht wat morgenochtend uitkomt – iig relevant ook ivm je technische briefing morgen. Succes daar,

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) Volksgezondheid en Zorg a.i.
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1
3720BA Bilthoven
+31 (0)6 (10)(2e)
Secretariaat
(10)(2e) @rivm.nl
+31 (0)3 (10)(2e) / (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 6 mei 2020 15:19
Aan: (10)(2e)) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) @minvws.nl' < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: CoronaGedragsUnit < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) , (10)(2e) . (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))' < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) @minvws.nl' < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: nieuwsbericht gedragsonderzoek nog onder embargo tot morgenochtend 7u

288518

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Epidemiologische situatie COVID-19 in Nederland

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu - RIVM *19 mei 2020, 10:00*

Samenvatting

Tot en met 19 mei 10:00 uur zijn er in Nederland in totaal 44249 COVID-19 patiënten gemeld aan het RIVM. Van alle gemelde patiënten is de helft 60 jaar of ouder. Tot nu toe zijn 11613 van de gemelde patiënten opgenomen in het ziekenhuis en 5715 overleden. De helft van de opgenomen patiënten is 69 jaar of ouder, bij de overleden patiënten was de helft 82 jaar of ouder.

Uitleg over Surveillance van COVID-19 patiënten in Nederland

Door middel van surveillance houdt het RIVM zicht op de verspreiding van COVID-19 in Nederland. Via een samenwerking tussen artsen, laboratoria en de GGD'en wordt informatie verzameld over personen (patiënten) met een positieve COVID-19 testuitslag. In het begin van de COVID-19 epidemie in Nederland werden naast mensen met klachten ook mensen die contact hadden gehad met COVID-19 patiënten getest. Sindsdien is het testbeleid geleidelijk veranderd. Momenteel worden voornamelijk patiënten uit medische risicogroepen, zorgmedewerkers, personeel in het primaire onderwijs en kinderopvang en mensen met een contactberoep getest. Dit testbeleid wordt verder uitgebreid naarmate de landelijke maatregelen versoepeld worden. Omdat niet alle COVID-19 patiënten getest worden, zullen de werkelijke aantallen in Nederland hoger zijn dan de aantallen in deze rapportage. Aan het RIVM wordt niet gemeld wie hersteld is van COVID-19.

Weergave van grafieken

In de grafieken wordt in geel weergegeven wat de veranderingen ten opzichte van de voorgaande dag zijn in aantallen aan het RIVM gemelde patiënten. Soms worden meldingen van GGD aan RIVM een dag of enkele dagen later gedaan dan de dag dat de patiënt bij de GGD wordt gemeld.

Wijziging rapportage ziekenhuisopname

Nu de reguliere zorg steeds meer wordt opgestart, worden ook mensen die om andere redenen dan COVID-19 in het ziekenhuis worden opgenomen getest op het nieuwe coronavirus. Dit wordt gedaan om verspreiding van dit virus binnen het ziekenhuis tegen te gaan. Sinds 1 mei wordt daarom bij meldingen van ziekenhuisopnames door de GGD aan het RIVM nagevraagd of de ziekenhuisopname vanwege COVID-19 was of om een andere reden. Vanaf 8 mei geven we in de rapportages van de ziekenhuisopnames sinds 1 mei alleen opnames weer waarbij niet is aangegeven dat de opname om een andere reden was. Dit doen we zodat het aantal in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten een zo goed mogelijke indicator blijft van de epidemie. Dit geeft namelijk weer hoeveel mensen ernstig ziek zijn door COVID-19. Patiënten die om een andere reden ziekenhuiszorg nodig hebben en ook COVID-19 blijken te hebben, worden uiteraard wel meegenomen in het totaal aantal meldingen.

COVID-19 meldingen aan de GGD'en

Tabel 1. Aantal gemelde COVID-19 patiënten, aantal in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten en aantal overleden COVID-19 patiënten[1]

"Nieuwe meldingen" zijn meldingen die tussen 18 mei 10:01 en 19 mei 10:00 aan het RIVM zijn gemeld. In de grafieken hieronder zijn deze meldingen weergegeven in geel.

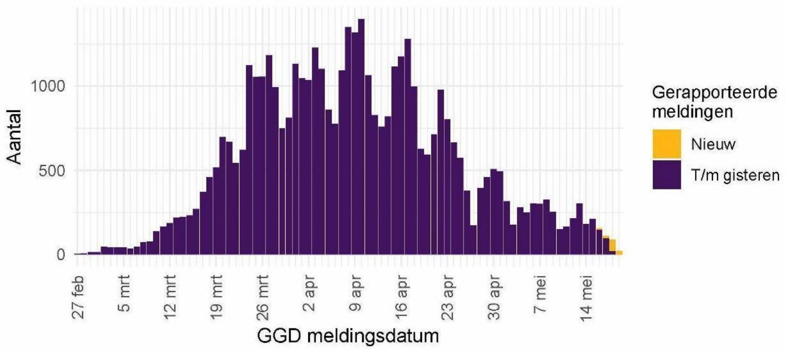
"Gecorrigeerd" zijn meldingen die gewist of herzien zijn tussen 18 mei 10:01 en 19 mei 10:00.

"Verschil met gisteren" toont het verschil tussen de cumulatieve meldingen tot en met vandaag 19 mei 10:00 ten opzichte van gisteren 18 mei 10:00[2]. Behalve dat we nieuwe meldingen ontvangen, worden eerdere meldingen soms aangepast; de aantallen meldingen per dag kunnen daardoor variëren.

Gezondheidsstatus	Aantal	%	Nieuwe meldingen	Gecorrigeerd	Verschil met gisteren
Totaal gemeld	44249		115	-7	108
Ziekenhuisopname	11613	26.2	35	-1	34
Overleden	5715	12.9	21	0	21

Figuur 1. Aantal bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten, naar meldingsdatum

Meldingen aan het RIVM tot en met 18 mei 10:00 uur zijn weergegeven in paars. Meldingen van 18 mei 10:01 uur tot en met 19 mei 10:00 uur zijn weergegeven in geel. Uit controles blijkt soms dat enkele meldingen niet kloppen, waardoor de aantallen meldingen van eerdere dagen aangepast kunnen zijn.



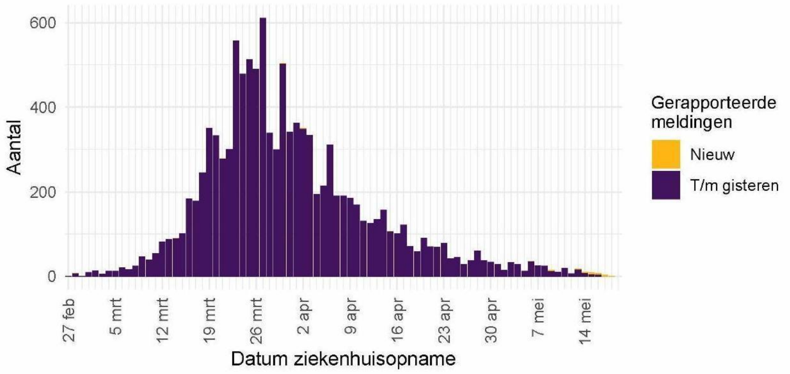
[1]Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten is hoger dan het aantal meldingen in de surveillance, omdat niet iedereen met mogelijke besmetting getest wordt. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding. Aan het RIVM wordt niet gemeld wie hersteld is.

[2]Deze patiënten zijn niet allemaal in de afgelopen dag in het ziekenhuis opgenomen of overleden. Er kan een of meerdere dagen vertraging zijn tussen dag van ziekenhuisopname of overlijden en de dag dat dit gerapporteerd wordt.

288518

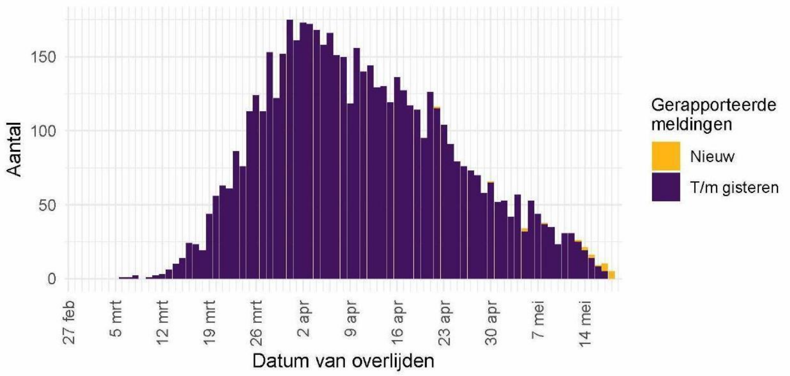
Figuur 2. Aantal bij de GGD'en gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten, naar datum van ziekenhuisopname

Meldingen aan het RIVM tot en met 18 mei 10:00 uur zijn weergegeven in paars. Meldingen van 18 mei 10:01 uur tot en met 19 mei 10:00 uur zijn weergegeven in geel. Van 5% van de in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten is de datum van ziekenhuisopname (nog) niet gemeld. Uit controles blijkt soms dat enkele meldingen niet kloppen, waardoor de aantallen meldingen van eerdere dagen aangepast kunnen zijn.



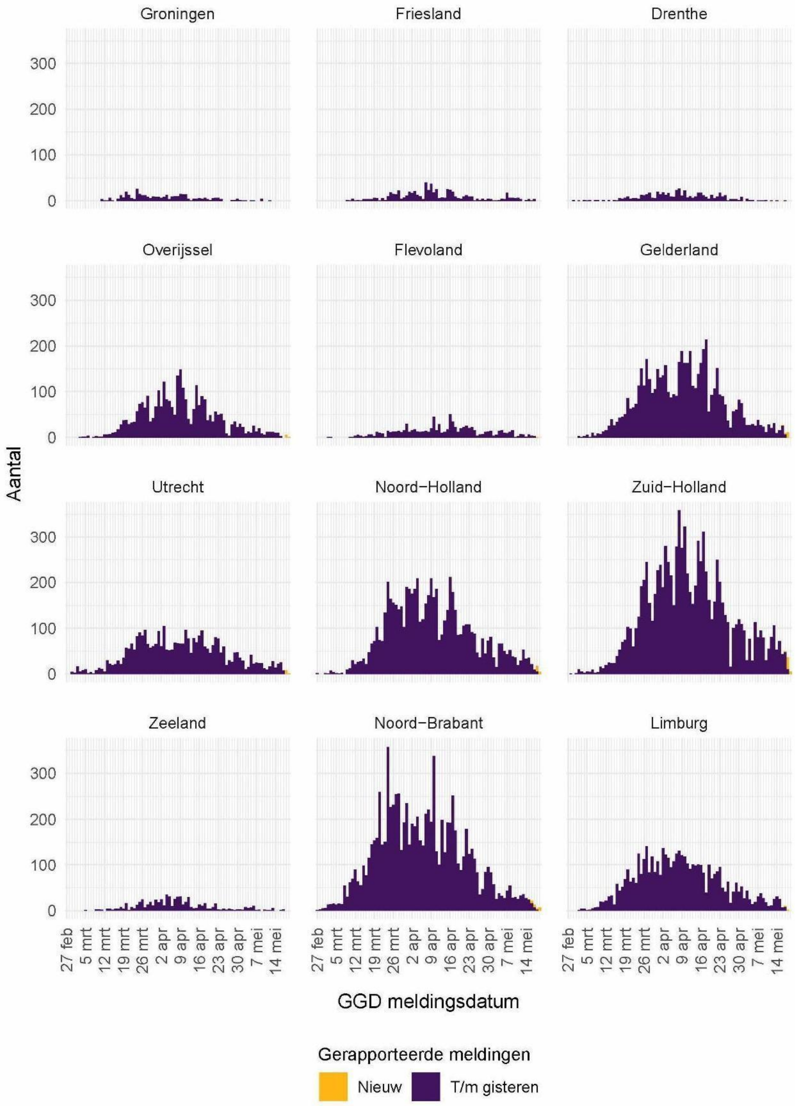
Figuur 3. Aantal bij de GGD'en gemelde overleden COVID-19 patiënten, naar datum van overlijden

Meldingen aan het RIVM tot en met 18 mei 10:00 uur zijn weergegeven in paars. Meldingen van 18 mei 10:01 uur tot en met 19 mei 10:00 uur zijn weergegeven in geel. Omdat niet alle overleden COVID-19 patiënten getest worden, zullen de werkelijke aantallen in Nederland hoger zijn dan de aantallen in deze rapportage. Van 8 overleden COVID-19 patiënten is de datum van overlijden (nog) niet gemeld. Uit controles blijkt soms dat enkele meldingen niet kloppen, waardoor de aantallen meldingen van eerdere dagen aangepast kunnen zijn.



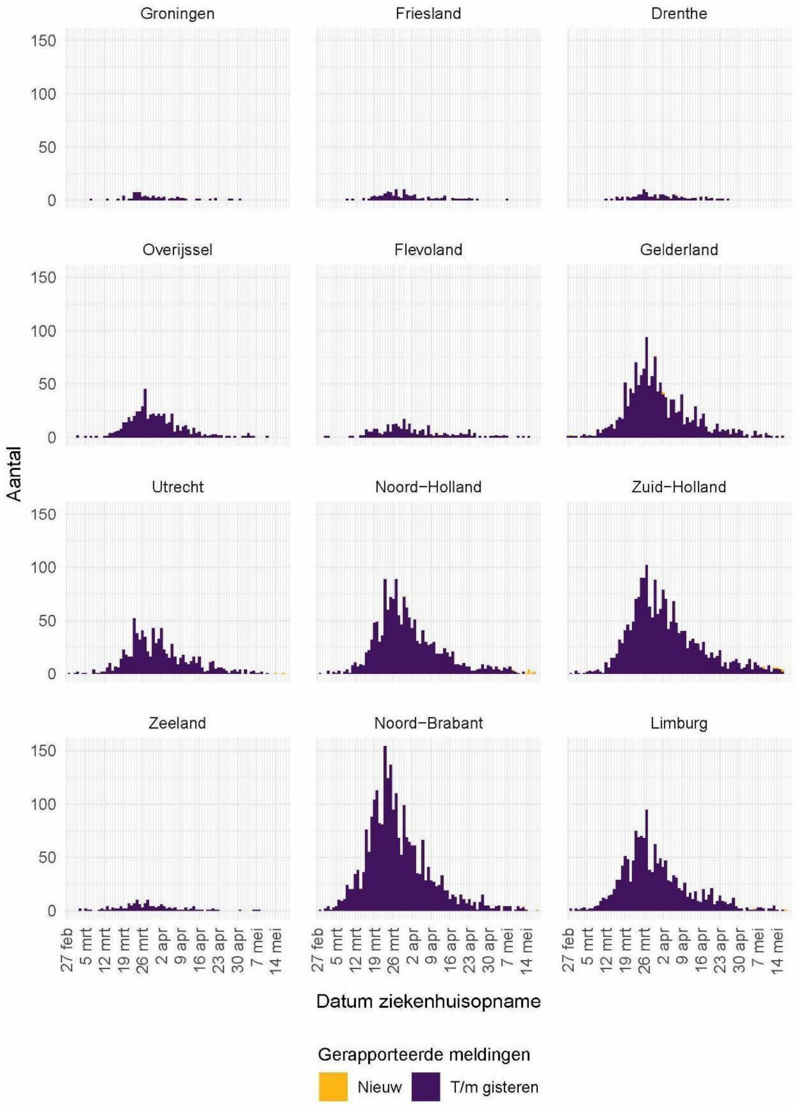
288518

Figuur 4. Aantal bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten, per provincie



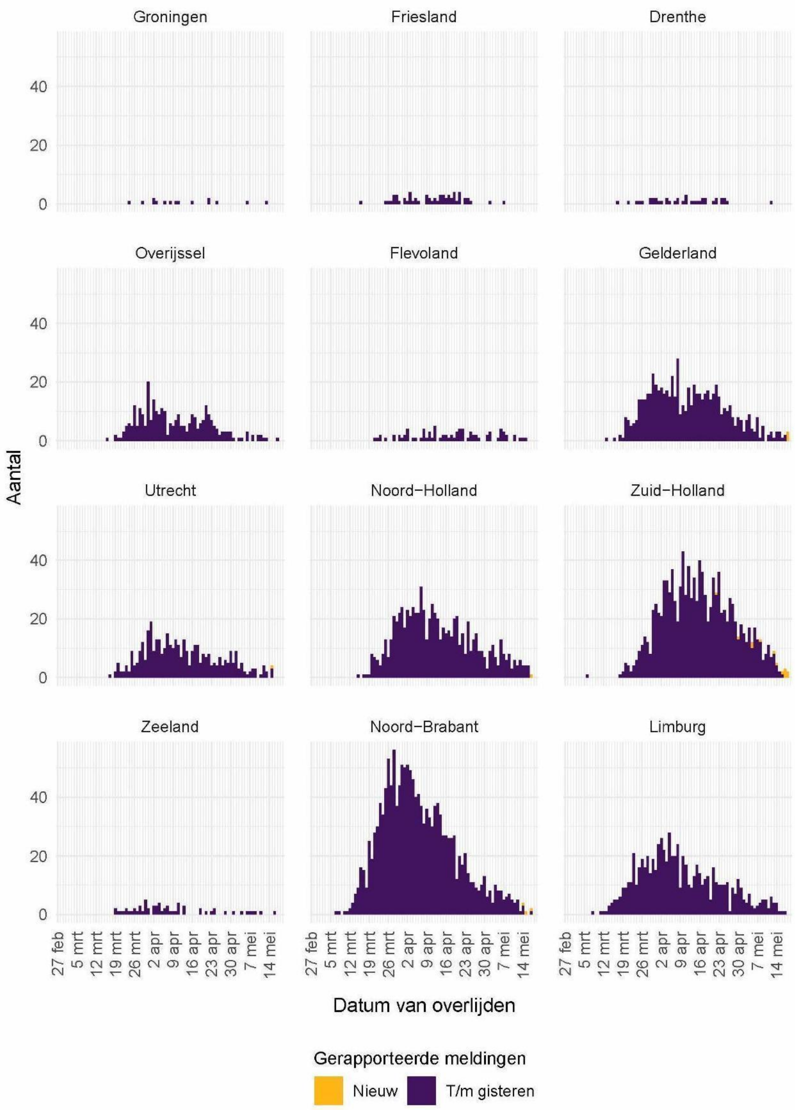
288518

Figuur 5. Aantal bij de GGD'en gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten, per provincie



288518

Figuur 6. Aantal bij de GGD'en gemelde overleden COVID-19 patiënten, per provincie



288518

Leeftijdsverdeling en man-vrouwverdeling

Tabel 2. Leeftijdsverdeling van bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten, van in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten en van overleden COVID-19 patiënten[3,4].

Leeftijdsgroep	Totaal gemeld	%	Ziekenhuisopname	%	Overleden	%
Totaal gemeld	44249		11613		5715	
0-4	81	0.2	45	0.4	0	0.0
5-9	24	0.1	2	0.0	0	0.0
10-14	63	0.1	7	0.1	0	0.0
15-19	456	1.0	29	0.2	1	0.0
20-24	1801	4.1	59	0.5	0	0.0
25-29	2228	5.0	110	0.9	3	0.1
30-34	2074	4.7	154	1.3	3	0.1
35-39	1792	4.0	192	1.7	7	0.1
40-44	2061	4.7	279	2.4	5	0.1
45-49	2986	6.7	573	4.9	22	0.4
50-54	3857	8.7	841	7.2	42	0.7
55-59	4272	9.7	1122	9.7	94	1.6
60-64	3485	7.9	1277	11.0	154	2.7
65-69	2279	5.2	1331	11.5	315	5.5
70-74	2846	6.4	1676	14.4	596	10.4
75-79	3263	7.4	1608	13.8	963	16.9
80-84	3754	8.5	1225	10.5	1196	20.9
85-89	3839	8.7	796	6.9	1274	22.3
90-94	2320	5.2	246	2.1	758	13.3
95+	764	1.7	41	0.4	282	4.9
Niet vermeld	4	0.0	0	0.0	0	0.0

Tabel 3. Man-vrouwverdeling van bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten, van in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten en van overleden COVID-19 patiënten.

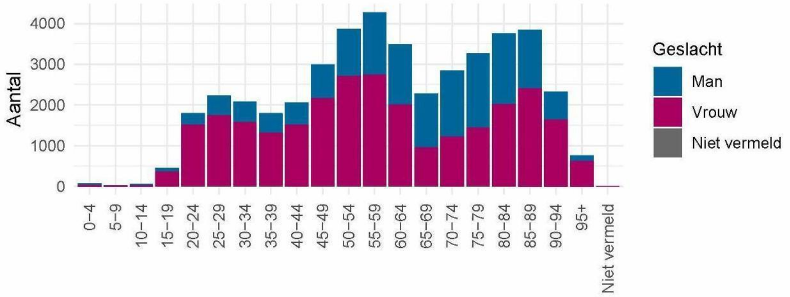
Geslacht	Totaal gemeld	%	Ziekenhuisopname	%	Overleden	%
Totaal gemeld	44249		11613		5715	
Man	16230	36.7	7093	61.1	3167	55.4
Vrouw	27966	63.2	4512	38.9	2548	44.6
Niet vermeld	53	0.1	8	0.1	0	0.0

[3]Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten is hoger dan het aantal meldingen in de surveillance, omdat niet iedereen met mogelijke besmetting getest wordt. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding. Ziekenhuisopname na melding is niet altijd bekend. Aan het RIVM wordt niet gemeld wie hersteld is.

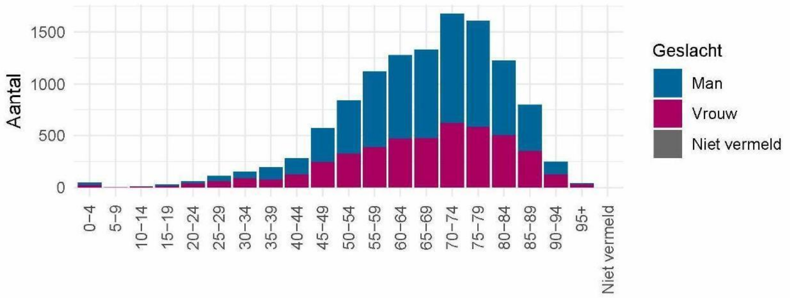
[4]De gemiddelde lagere leeftijd en groter aandeel vrouwen bij de totale meldingen vergeleken met de leeftijds- en geslachtsverdeling van patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis en overleden is een weergave van het testbeleid. Momenteel worden voornamelijk personen met risico op een ernstig ziektebeloop en zorgmedewerkers op COVID-19 getest. Zorgmedewerkers zijn vaker vrouw en gemiddeld jonger dan overige COVID-19 patiënten.

288518

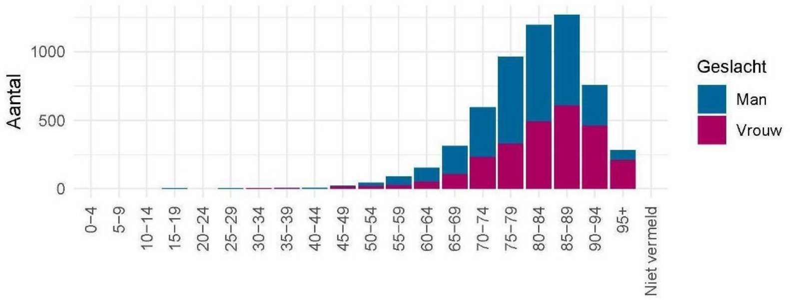
Figuur 7. Leeftijdsverdeling en man-vrouwverdeling van bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten



Figuur 8. Leeftijdsverdeling en man-vrouwverdeling van bij de GGD'en gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten



Figuur 9. Leeftijdsverdeling en man-vrouwverdeling van bij de GGD'en gemelde overleden COVID-19 patiënten



288518

Onderliggende aandoeningen en/of zwangerschap bij overleden patiënten jonger dan 70 jaar

Tabel 4a. Aantal overleden COVID-19 patiënten jonger dan 70 jaar met onderliggende aandoeningen en/of zwangerschap[5].

	Overleden	%
Totaal gemeld	646	
Onderliggende aandoening en/of zwangerschap	451	(69.8)
Geen onderliggende aandoening	67	(10.4)
Niet vermeld	128	(19.8)

Tabel 4b. Gerapporteerde onderliggende aandoeningen en/of zwangerschap van overleden COVID-19 patiënten jonger dan 70 jaar[5]. Per patiënt kunnen meerdere onderliggende aandoeningen gerapporteerd zijn. De percentages in Tabel 4b worden berekend vanuit het aantal overleden patiënten jonger dan 70 jaar voor wie tenminste één onderliggende aandoening is vermeld (Tabel 4a).

	Overleden	%
Zwangerschap	0	(0.0)
Cardio-vasculaire aandoeningen en hypertensie	196	(43.5)
Diabetes	119	(26.4)
Leveraandoening	16	(3.5)
Chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen	67	(14.9)
Immuundeficiëntie	8	(1.8)
Nieraandoening	40	(8.9)
Chronische longaandoeningen	111	(24.6)
Maligniteit	69	(15.3)
Overig	154	(34.1)

[5]Het werkelijke aantal overleden COVID-19 patiënten jonger dan 70 jaar is hoger dan het aantal overleden patiënten gemeld in de surveillance omdat niet alle personen met COVID-19 worden getest en de surveillance is gebaseerd op de informatie op het moment van melding.

288518

Aantallen per provincie

Tabel 5. Aantal bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten, in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten en overleden COVID-19 patiënten per provincie[6].

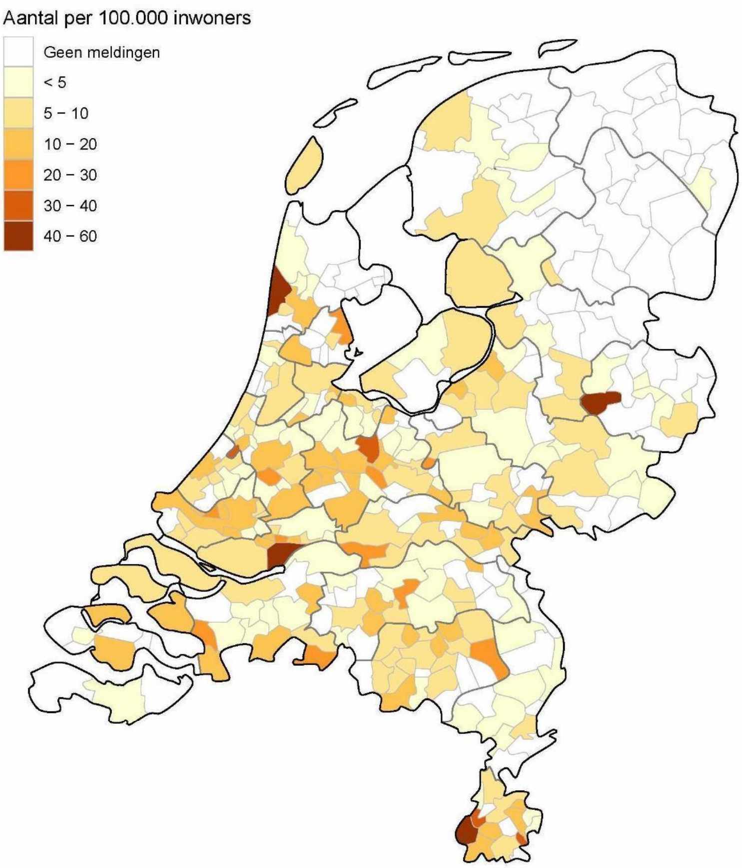
Provincie	Totaal gemeld	%	Ziekenhuisopname	%	Overleden	%
Totaal gemeld	44249		11613		5715	
Groningen	352	0.8	76	0.7	15	0.3
Friesland	594	1.3	128	1.1	60	1.0
Drenthe	499	1.1	116	1.0	40	0.7
Overijssel	2928	6.6	549	4.7	295	5.2
Flevoland	866	2.0	267	2.3	82	1.4
Gelderland	5625	12.7	1471	12.7	654	11.4
Utrecht	3357	7.6	855	7.4	392	6.9
Noord-Holland	6508	14.7	1616	13.9	771	13.5
Zuid-Holland	9448	21.4	2089	18.0	1142	20.0
Zeeland	637	1.4	152	1.3	64	1.1
Noord-Brabant	8887	20.1	2751	23.7	1488	26.0
Limburg	4548	10.3	1543	13.3	712	12.5

[6]Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten is hoger dan het aantal meldingen in de surveillance, omdat niet iedereen met mogelijke besmetting getest wordt. Het werkelijke aantal COVID-19 patiënten opgenomen in het ziekenhuis of overleden is hoger dan het aantal opgenomen of overleden patiënten gemeld in de surveillance, omdat de surveillance gebaseerd is op de informatie op het moment van melding. Ziekenhuisopname na melding is niet altijd bekend. Aan het RIVM wordt niet gemeld wie hersteld is.

288518

Kaarten

Figuur 10. Aantal in de afgelopen week bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten per 100.000 inwoners per gemeente met GGD meldingsdatum vanaf 12 mei t/m 18 mei (gegevens bijgewerkt tot en met 19-05-2020, 10:00 uur)[7]

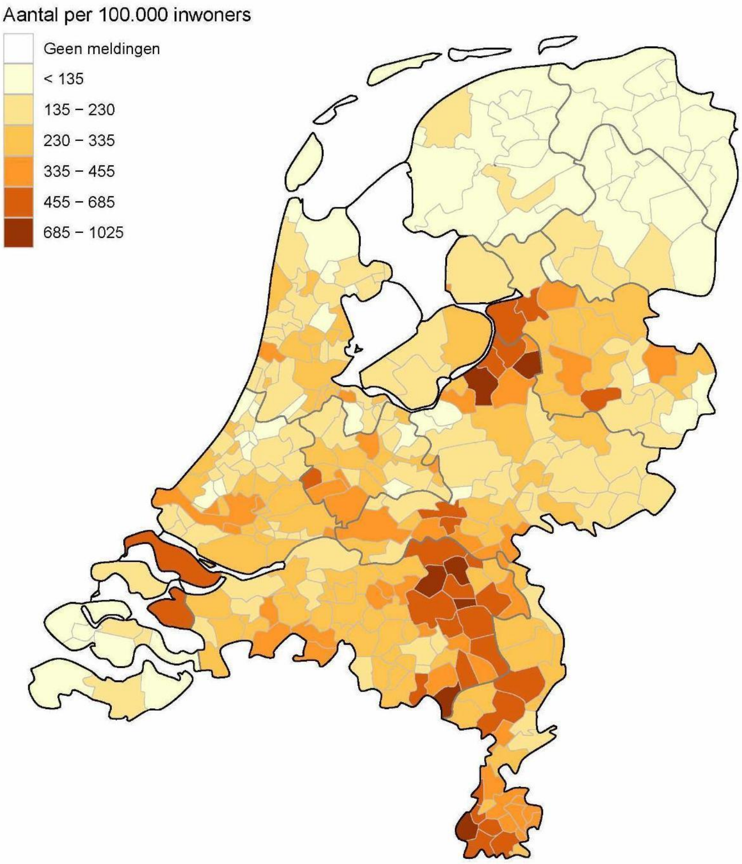


[7]Zwarte lijnen geven de grenzen van de GGD-regio's weer.

288518

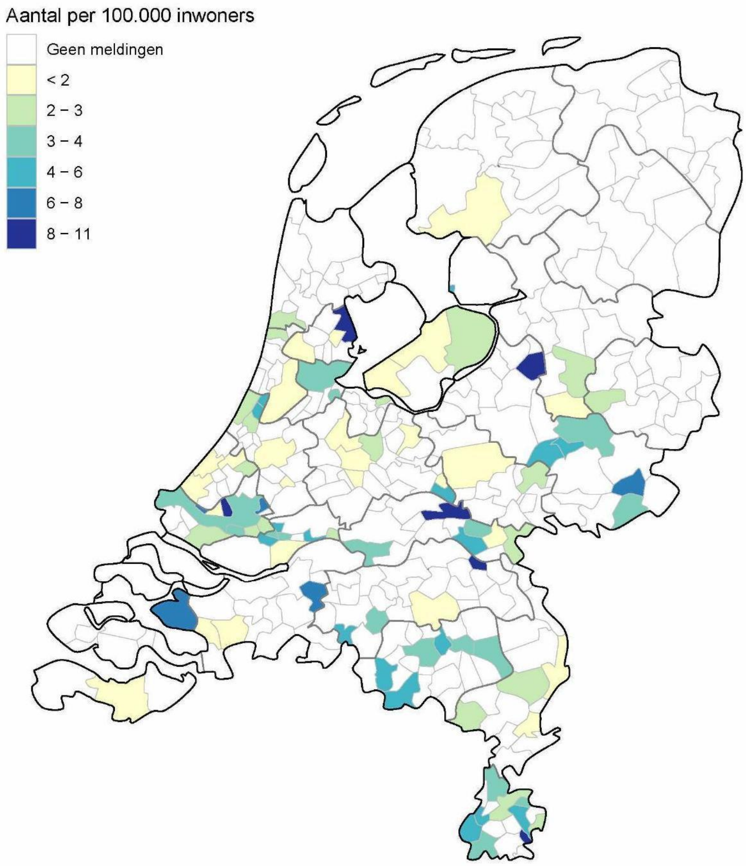
Figuur 11. Totaal aantal bij de GGD'en gemelde COVID-19 patiënten per 100.000 inwoners per gemeente

Gegevens bijgewerkt tot en met 19-05-2020, 10:00 uur. Iedere maandag wordt de kleurindeling van de kaart aangepast zodat het contrast tussen gemeenten duidelijker weergegeven wordt.



288518

Figuur 12. Aantal bij de GGD'en gemelde in de afgelopen twee weken in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten per 100.000 inwoners per gemeente met datum van ziekenhuisopname vanaf 05 mei t/m 18 mei (gegevens bijgewerkt tot en met 19-05-2020, 10:00 uur)[8]

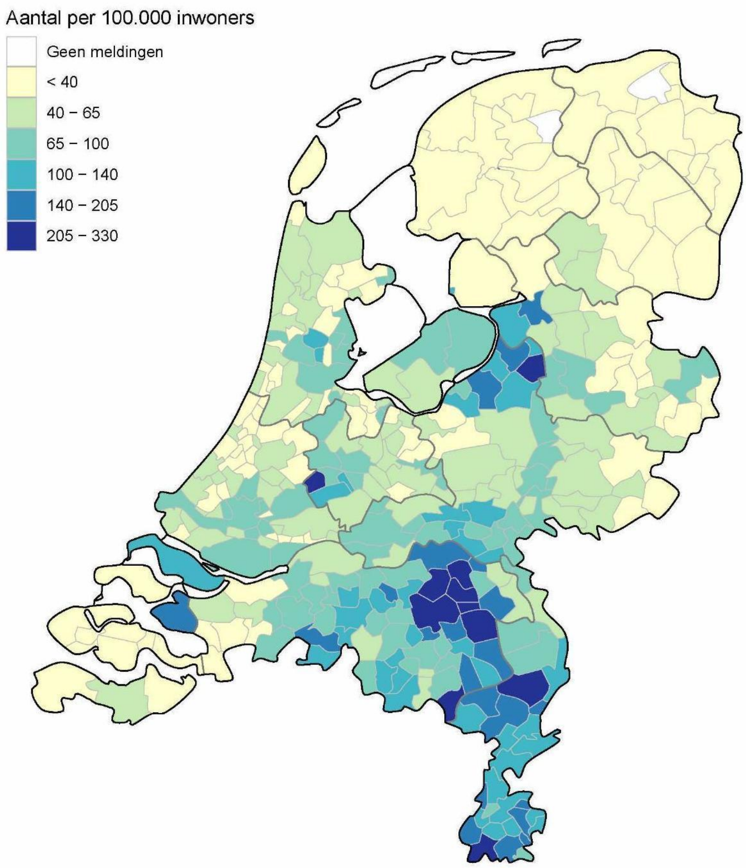


[8]Zwarte lijnen geven de grenzen van de GGD-regio's weer.

288518

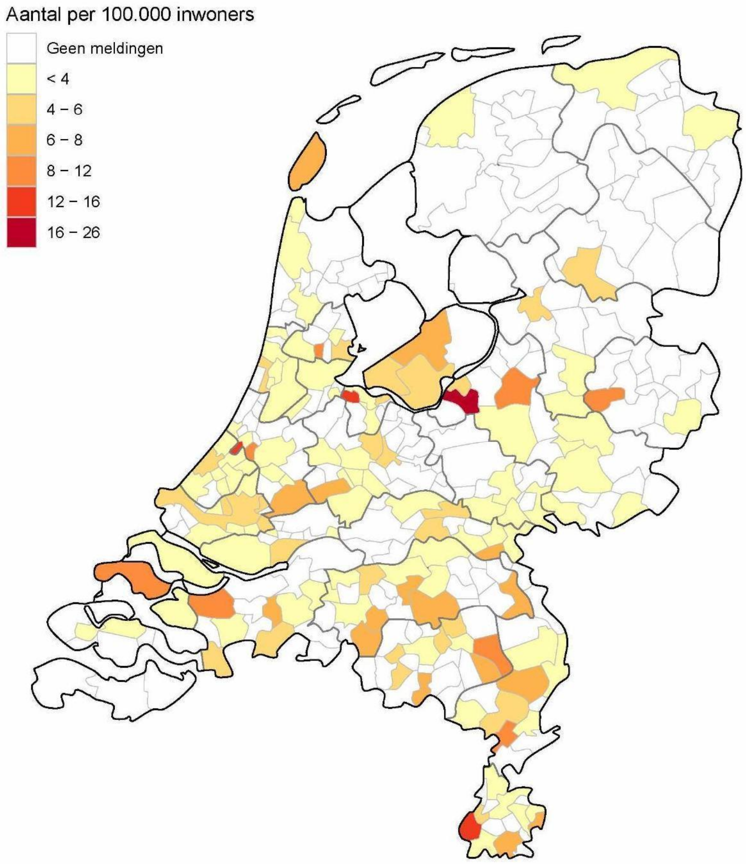
Figuur 13. Totaal aantal bij de GGD'en gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten per 100.000 inwoners per gemeente

Gegevens bijgewerkt tot en met 19-05-2020, 10:00 uur. Iedere maandag wordt de kleurindeling van de kaart aangepast zodat het contrast tussen gemeenten duidelijker weergegeven wordt.



288518

Figuur 14. Aantal bij de GGD'en gemelde in de afgelopen twee weken overleden COVID-19 patiënten per 100.000 inwoners per gemeente met overlijdensdatum vanaf 05 mei t/m 18 mei (gegevens bijgewerkt tot en met 19-05-2020, 10:00 uur)[9]

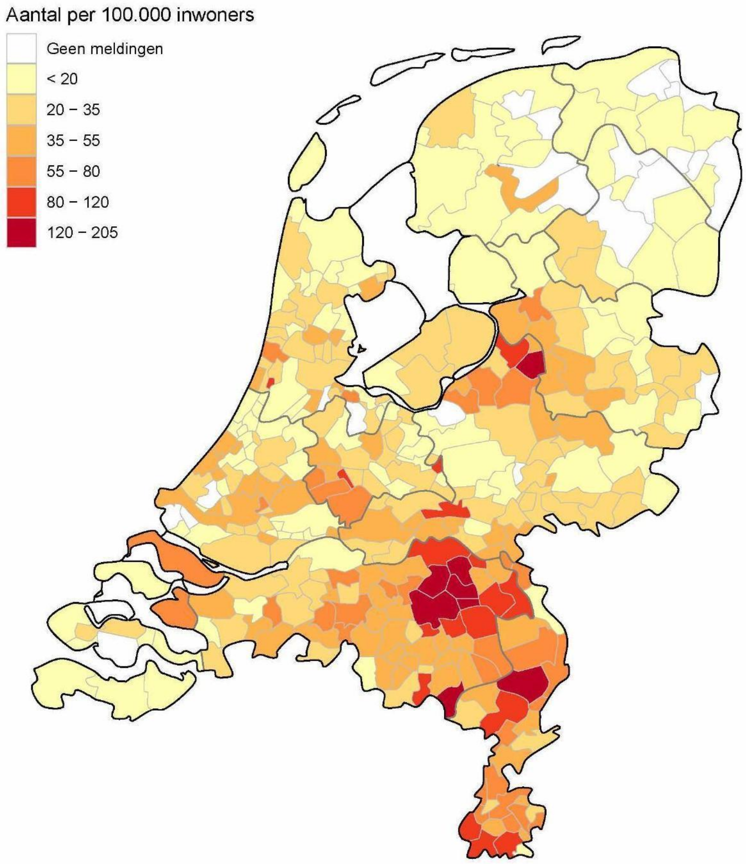


[9]Zwarte lijnen geven de grenzen van de GGD-regio's weer.

288518

Figuur 15. Totaal aantal bij de GGD'en gemelde overleden COVID-19 patiënten per 100.000 inwoners per gemeente

Gegevens bijgewerkt tot en met 19-05-2020, 10:00 uur. Iedere maandag wordt de kleurindeling van de kaart aangepast zodat het contrast tussen gemeenten duidelijker weergegeven wordt.

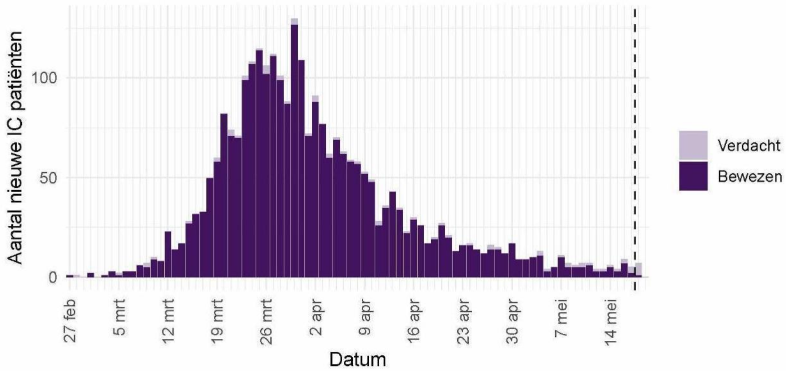


288518

COVID-19 opnames op de intensive care

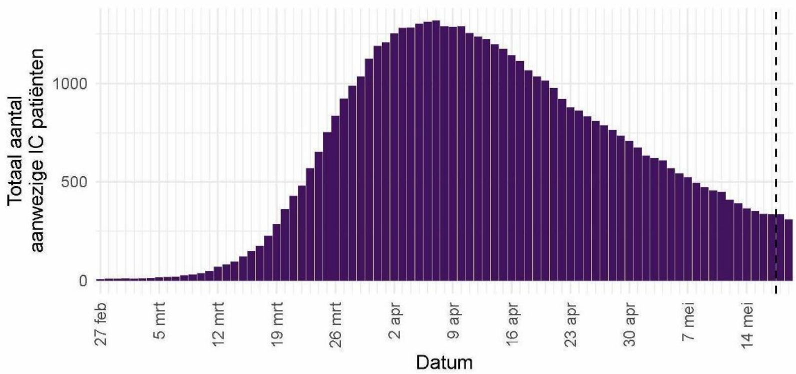
Figuur 16. Aantal nieuwe bewezen COVID-19 patiënten per dag op de Nederlandse intensive care afdelingen

Er is mogelijk een vertraging van 2 a 3 dagen in de data-aanlevering. Gegevens rechts van de stippellijn worden momenteel nog aangevuld door de IC's.



Figuur 17. Totaal aantal bewezen COVID-19 patiënten opgenomen op Nederlandse intensive care afdelingen, per dag

Er is mogelijk een vertraging van 2 a 3 dagen in de data-aanlevering. Gegevens rechts van de stippellijn worden momenteel nog aangevuld door de IC's.



Bron: Nationale Intensive Care Evaluatie – NICE. Gegevens bijgewerkt op 19-05-2020, 10:15 uur Voor uitgebreider en nog actuelere informatie zie Stichting NICE

288518

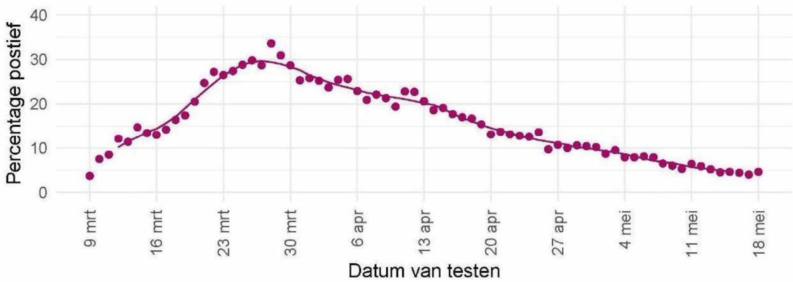
Virologische dagstaten

Om zicht te houden op het aantal geteste personen en het aantal positief geteste personen op het SARS-CoV-2 virus in Nederland, is alle laboratoria in Nederland die diagnostiek voor SARS-CoV-2 uitvoeren gevraagd om vanaf 9 maart deze data dagelijks te melden. De laboratoria rapporteren op werkdagen vóór 10 uur over de voorgaande dag. De gegevens van de huidige week zijn nog niet compleet en worden per dag weergegeven. Het aantal personen met een positieve uitslag wijkt af van het aantal patiënten gemeld door GGD'en omdat sommige personen mogelijk vaker getest worden en omdat positieve laboratorium uitslagen sneller gerapporteerd kunnen worden.

Tabel 6. Virologische dagstaat. Meldingen t/m 17 mei zijn samengevoegd per week[10].

Datum van - tot	Labs	Geteste pers.	Pos. uitslag	% Pos.
2020-03-09 - 2020-03-15	30	17080	1529	9.0
2020-03-16 - 2020-03-22	35	21338	3953	18.5
2020-03-23 - 2020-03-29	37	24745	7232	29.2
2020-03-30 - 2020-04-05	40	29098	7424	25.5
2020-04-06 - 2020-04-12	41	38960	8391	21.5
2020-04-13 - 2020-04-19	42	40102	7140	17.8
2020-04-20 - 2020-04-26	43	38395	4947	12.9
2020-04-27 - 2020-05-03	43	28814	2900	10.1
2020-05-04 - 2020-05-10	45	28818	2067	7.2
2020-05-11 - 2020-05-17	47	32271	1656	5.1
2020-05-18	32	2774	128	4.6

Figuur 18. Percentage van personen dat getest is op SARS-CoV-2, met een positieve testuitslag, gemeld door de virologische laboratoria[11,12].



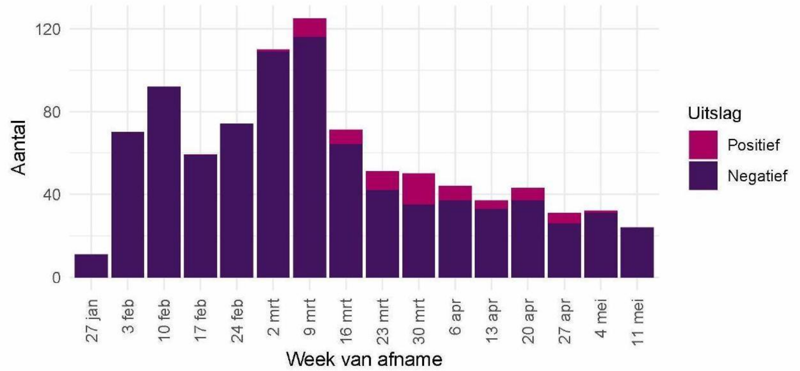
Deze gegevens worden iedere maandag t/m vrijdag bijgewerkt, behalve op feestdagen.

[10] Labs = Aantal rapporterende laboratoria, Geteste pers. = Aantal geteste personen, Pos. uitslag = Aantal personen met een positieve laboratoriumuitslag, Percentage pos. = Percentage positieve uitslagen.
[11] Gegevens van de huidige week zijn nog incompleet.
[12] De bolletjes geven het percentage per dag aan; de lijn een 7-daags lopend gemiddelde per dag.

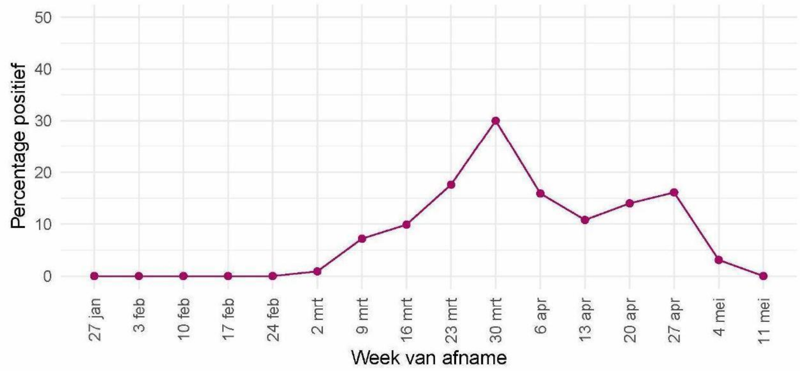
288518

Nivel/RIVM huisartsen peilstation surveillance

Figuur 19. Aantal personen met een acute respiratoire infectie dat getest is op SARS-CoV-2[13,14,15].



Figuur 20. Percentage patiënten met een acute respiratoire infectie dat positief getest is op SARS-CoV-2[13,14,15].



De Nivel grafieken worden iedere maandag t/m vrijdag bijgewerkt, behalve op feestdagen.

[13] Monsters zijn afgenomen bij een steekproef van de personen die de huisarts consulteren met griepachtige klachten of acute luchtweginfecties. De patiënten zijn bemonsterd in het kader van de respiratoire surveillance door de huisartsen van de Peilstations van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. De monsters worden op SARS-CoV-2 en andere virussen getest door het RIVM.

[14] Dit zijn voorlopige getallen omdat er nog monsters onderweg kunnen zijn.

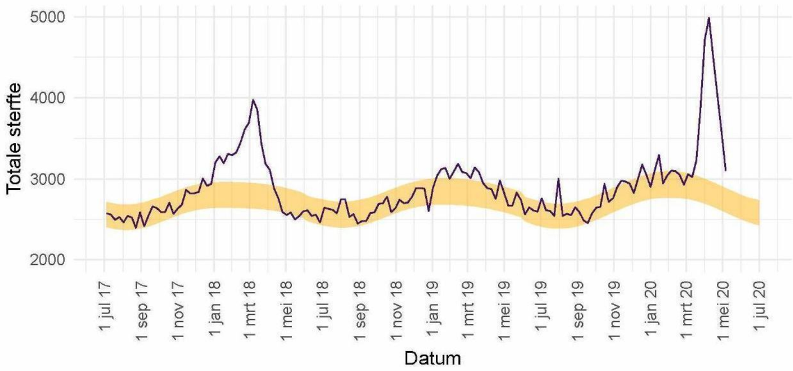
[15] Gegevens van de huidige week zijn nog incompleet.

288518

Totale sterfte in Nederland tot en met 06 mei 2020

Sinds de grieppandemie van 2009 gebruikt het RIVM gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) om het totaal aantal overleden mensen wekelijks te bewaken. Hierdoor wordt de impact van koude- of hittegolven, uitbraken en epidemieën op sterfte in beeld gebracht. Niet bij alle mensen die overlijden aan COVID-19 is een laboratoriumtest gedaan, waardoor ze niet in de COVID-19 meldingsgegevens worden opgenomen. De totale sterfte in 2020 die in beeld gebracht wordt door deze grafiek geeft mogelijk een completer beeld van sterfte door COVID-19.

Figuur 21. Totale sterfte in Nederland. Binnen 2 weken zijn circa 97% van alle sterfgevallen bekend bij het CBS. De waargenomen sterfte wordt vergeleken met het aantal overlijdens dat wordt verwacht op basis van voorgaande jaren. Het gele lint in de grafiek toont de sterfte die op dat moment in het jaar wordt verwacht.



Deze grafiek wordt iedere vrijdag in deze rapportage bijgewerkt. Voor gedetailleerde informatie zie: RIVM - Monitoring Sterftecijfers en CBS. Zie EuroMOMO voor een Europees overzicht.

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/1/2020 8:39:45 AM
Subject: Doorst: Doorst: COVID19 - Nieuwsuur
Received: Fri 5/1/2020 8:39:46 AM

Laat jij dat plannen? Kan Secr venz ook doen hoor maar zet jij dat uit?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
(10)(2e)

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 1 mei 2020 om 10:30:57 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Antw: Doorst: COVID19 - Nieuwsuur

Graag afspraak organiseren; aangezien we snel (1 juni) overgaan op nieuwe structuur als Rijksoverheid wat weg van crisisstructuur en meer naar lijn, is haar beschouwing vooral in die richting voor mij nu relevant. Dus niet om nu op stel en sprong eea aan te passen.

En zoals ik gister ook aan telefoon al aangaf: wij (LCI en OMT) zijn zeker niet alleen van assessment maar zeker ook van management. De namen van die gremia zeggen het al...

Maar ergens in komende 14 dagen afspraak zou informatief zijn; ik ben daar graag bij.

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(Email via smart phone)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 30 april 2020 om 20:42:10 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: FW: Doorst: COVID19 - Nieuwsuur

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Datum: 26 april 2020 om 14:39:55 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: Doorst: COVID19 - Nieuwsuur

Marjolein hebben we gevraagd voor de WAR vd VTV begin dit jaar.
Zij wilde toen eerst een gesprek met (10)(2e)(10)(2e) hebben, dat bleek tot op heden lastig in te plannen.

Juist vanwege haar achtergrond & ervaring vonden we haar interessant. (10)(2e) (10)(2e) tipte mij over haar bestaan.

Haar mail snijdt hout! En heel fijn dat ze haar expertise ook op deze wijze aanbiedt, dat alleen al vraagt om een directe reactie van (10)(2e)

Ik zou heel graag samen met (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en jou (afhankelijk van je verlof) met haar een vertrouwelijk gesprek voeren. Ik merk zelf dat er onder de leden van kernteam & WAR vd gedragsunit ook een onrust aan het ontstaan is die hiermee verband houdt.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zondag 26 april 2020 12:01
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Doorst: COVID19 - Nieuwsuur

Toch even vertrouwelijk delen alleen met jou
Zie onderstaande mail, ken jij haar?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

---

(10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
(10)(2e)

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
+3 (10)(2e)

Van: (10)(2e) (TSS) < (10)(2e) @maastrichtuniversity.nl>
Datum: 25 april 2020 om 22:33:06 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: DG <(10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: Re: COVID19 - Nieuwsuur

Geachte (10)(2e), (10)(2e) en (10)(2e)

Sorry dat ik je bericht gisteren heb gemist, want gisteren sparren had mogelijk kunnen helpen met oog op het Nieuwsuur-item. Ik probeer zo kort mogelijk uit te leggen wat ik bedoel, maar het is toch een lange mail geworden.

Het ingewikkelde van onzekere risico's is de grote wetenschappelijke onzekerheid. Dan ontstaat vaak wat wij de onzekerheidsparadox hebben genoemd: wetenschappelijke onzekerheid wordt erkend, maar toch wordt van wetenschappers zekerheid verwacht. Dat brengt experts sowieso in een spagaat. COVID-19 is ook nog geen onzeker risico dat in alle rust verkend kan worden, maar de risk assessment moet onder hoge druk plaatsvinden terwijl de impact zich al met hoge snelheid openbaart. Dus de risk assessment vindt parallel aan risk management plaats, maar is daar tegelijkertijd input voor. In die situatie ontstaat vaak wat wij "role ambiguity' hebben genoemd: de risk assessors hebben/krijgen/nemen de facto de risk management rol. Dat maakt de situatie echter alleen maar complexer, want naast de complexiteit van het risico zelf veroorzaakt rol-onvastheid politiek-bestuurlijke en maatschappelijke complexiteit, die de neiging heeft zichzelf te versterken. De reeds overvraagde risk assessors (want risk management is niet hun vak) worden zelf onderwerp van debat.

288521

Een en ander is nogal reëel in zijn consequenties. Risk assessors die een groot deel van hun tijd met risk management bezig zijn terwijl dat niet hun professie is en ook nog zelf onderwerp van debat worden wat veel tijd en energie kost, kunnen die kostbare tijd niet aan risk assessment (en dus aan het beter begrijpen van het risico en het verkleinen van de onzekerheid) besteden, waardoor de risk assessment suboptimaal wordt en dat is niet zonder consequenties. Ook het risk management is suboptimaal omdat ervaring met en expertise van beleid en ook de creativiteit die nodig is om de in meest brede zin van het woord beste response-strategieën te bedenken niet worden aangeboord. Goede risk assessment en gezaghebbende risk assessors zijn cruciaal om dat wat moet gebeuren uit voorzorg (gezien de onzekerheid) dan wel uit preventie (ten aanzien van wat we inmiddels wel zeker weten) te schragen. Risk assessors die zelf onderwerp van debat worden, worden minder gezaghebbend.

Risk assessors zijn NIET degenen die de response-strategieën moeten bedenken, uitdragen, verdedigen, etc, maar zij moeten wel met kennis en gezag kunnen uitleggen dat het onzekere risico gevaarlijk en urgent is, wat we weten en wat onzeker is, zodat de context voor besluitvorming en de randvoorwaarden helder zijn.. In diverse publicaties hebben wij de rol van risk assessors als het gaat om onzekere risico's dan ook geduid als het geven van onzkerheidsinformatie: wat is onzeker, waarom, hoe kan de onzekerheid verkleind worden en welke interpretaties van die onzekerheid zijn valide (en welke dus ook niet)? Zodat beleidsmakers en politici verantwoordelijken weten wat de 'decision space' is.

De meeste risk assessors zijn hele goede wetenschappers, extreem goed in hun vak, maar in 2 dingen niet getraind: 1) het systematisch verstrekken van onzekerheidsinformatie en 2) politiek-bestuurlijke sensitiviteit, zeg maar het besef van het cruciale belang van rol-vastheid en bewustzijn van wat je de technocratische verleiding zou kunnen noemen.

Ik heb het recente OMT-advies bestudeerd en jullie zijn kwetsbaar. In het recente OMT-advies lopen risk assessment en risk management door elkaar, niet alleen inhoudelijk, maar ook wat rolopvatting en opstelling betreft. Dat is heel subtiel, maar in dit soort complexe zaken doet elk detail ertoe. Ook als het gaat om het omgaan met onzekerheid is niet elke valkuil vermeden. Niet alle kritiek die nu geuit wordt in het Nieuwsuur-item en de discussie over een IMT snijdt hout, maar de intuïtie zowel van de media, de aangehaalde wetenschappers als de Tweede Kamer dat er iets schuurt klopt wel. Dus jullie eerste reactie zal waarschijnlijk als olie op het vuur werken.

In het MH17 onderzoek waren wij door een toevallige samenstelling van de Raad ((10)(2e) (10)(2e) en ikzelf) ons bewust van het belang van het systematisch omgaan met onzekerheid en de noodzaak tot rolvastheid in een geopolitiek krachtenveld. Wij hebben er zelf heel veel over gesproken en bij stil gestaan en hebben in het proces een aantal reflectiebijeenkomsten (onder geheimhouding) georganiseerd waar we juist hierover hebben gesproken met een aantal éminence gris. Hoe zorgen wij dat we binnen onze rol blijven en onze eigen rol beter dan goed invullen? Want dat is namelijk nodig in een complexe situatie: dat je je eigen rol beter dan goed vervult. Dat heeft ons als Raad en daarmee de OVV erg geholpen, om naast de inhoudelijke complexiteit ook in het omgaan met onzekerheid en in de politiek-bestuurlijke complexiteit koers te vinden en te houden. Door binnen onze rol te blijven, was elke aanval op de OVV (en die zijn er natuurlijk geweest) steeds ineffectief en zijn wij nooit zelf onderwerp van discussie geworden en staat het onderzoek als gezaghebbend te boek.

Ik denk graag mee over onzekerheid in toekomstverkenning, maar volgens mij is mijn expertise over de governance of uncertain risks nu relevanter voor jullie. Ik weet ook niet wat het beste is, maar ik kan wel delen wat ik weet uit mijn onderzoek en geleerd heb in de praktijk, en mogelijk helpt en steunt jullie dat. Zoals de éminence gris destijds hun wijsheid met ons hebben gedeeld.

Ik kan niet zo veel doen (vanwege de combi met de kinderen thuis, maar ik ben ook alleenstaand gescheiden moeder en ze wonen bij mij, dus het is al een behoorlijke krachtsinspanning om alle ballen in de lucht te houden), dus ik wil de verwachtingen wel temperen, maar ik besef ook dat ik in Nederland (en misschien zelfs in Europa) de enige ben die deze expertise over en ervaring met onzekere risico-vraagstukken in een politiek-bestuurlijk krachtenveld combineert. Er ontstaat nu rondom het RIVM een dynamiek waarin ik niet kan beoordelen wanneer een gesprek met wie van jullie nuttig kan zijn. Dus als je mij sms't wie vanaf welk telefoonnummer mij ongeveer wanneer zou kunnen bellen, doe ik mijn uiterste best beschikbaar te zijn. Nogmaals mijn nummer: (10)(2e) Deze mailbox staat niet op mijn telefoon, dus is afhankelijk van wanneer ik toevallig kijk wanneer ik het zie.

Ik blijf heel bewust redelijk onder de radar, dus de media weet mij nooit zo goed te vinden, en ik heb zelf ook geen behoefte mee te doen in een publiek debat, terwijl alle hens aan dek nodig is. Dus graag ook prudent omgaan met het intern delen van deze mail.

Sterkte in deze ingewikkelde complexiteit. Ik merk het wel of ik iets kan betekenen.

Groeten

Marjolein

prof.dr.ir. Marjolein B.A. van Asselt
http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Profile/marjolein.vanasselt.htm

---

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 24 april 2020 08:52:15
Aan: (10)(2e) (TSS)
CC: DG; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: RE: COVID19 - aanbod om te sparren

Geachte Marjolein,

Dank voor uw mail en het aanbod. Dit waarderen we zeer en uw expertise en kennis op het terrein van governance of uncertain risks en toekomstverkenningen is in deze situatie heel nuttig. Zowel de huidige situatie maar ook om na te denken over de situatie na de COVID-19 crisis.

(10)(2e) (10)(2e) heeft nog steeds een overvolle agenda, maar in het domein Volksgezondheid & Zorg is er veel interesse in omgaan met onzekerheid in toekomstverkenning in het licht van COVID-19.

De flexibele en inflexibele kant van thuiswerken herken ik * . Wanneer zou het u uitkomen om van gedachte te wisselen ? Dan zal het V&Z domein hierbij betrekken en afstemmen met de domeindirecteur (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e).

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) RIVM
....
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
T: (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl
http://www.rivm.nl
....
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

From: (10)(2e) (TSS) <(10)(2e)@maastrichtuniversity.nl>
Sent: woensdag 22 april 2020 15:51
To: DG <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: COVID19 - aanbod om te sparren

Geachte (10)(2e) en (10)(2e)

Ik heb het kennismakingstelefoontje afgezegd omdat (10)(2e) als (10)(2e) RIVM belangrijkere zaken aan zijn hoofd had dan de wetenschappelijke adviesraad voor VTV.

Ik ben echter zo vrij jullie nu wel te contacteren, omdat ik denk dat mijn expertise en ervaring juist in deze fase van de COVID19-crisis relevant zouden kunnen zijn.

Zoals jullie mogelijk weten is mijn leerstoel op het terrein van governance of uncertain risks en heb ik veel onderzoek gedaan naar - en veel gepubliceerd over- de rol van experts en risk assessment in die dynamiek, zowel als hoogleraar maar ook als lid van bestuurlijk georiënteerde wetenschappelijke instituties (RMNO, WRR, OVV, De Jonge Akademie van de KNAW). Met andere woorden ik heb me nogal bezig gehouden met het type maatschappelijk-politiek-wetenschappelijk krachtenveld waar het RIVM nu in zit. Met het OVV-MH17-onderzoek heb ik die dynamiek zelf aan den lijve ondervonden en ook ervaringen opgedaan die ik graag deel. Daarbij ken ik het RIVM ook van binnenuit: ik ben er mijn loopbaan begonnen, het RIVM heeft mijn promotie-onderzoek gefinancierd (over omgaan met onzekerheid in toekomstverkenning) en ik ben sindsdien regelmatig als externe expert geraadpleegd/betrokken/etc, zoals oa blijkt uit het co-auteurschap van bijgaande publicatie over risk governance en het RIVM.

https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/45819944F6AE51380FF9A74DAB9306DD/S1867299X18000648a.pdf/use_of_risk_governance_principles_in_practice_lessons_from_a_dutch_public_institute_for_risk_research_and_assessment.pdf

Ik wil in elk geval aangeboden hebben om met jullie te sparren. Dus bij deze. Ik heb geen behoefte me in het publieke debat te roeren, maar als mijn expertise en ervaring nuttig kunnen zijn in deze crisis, dan stel ik die graag beschikbaar.

Mijn rechtstreekse nummer is 06 (10)(2e) Ik combineer thuiswerken met de zorg voor (10)(2e) dus ik ben zowel flexibel als inflexibel tegelijk.

Groeten

Marjolein

prof.dr.ir. Marjolein B.A. van Asselt
http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Profile/marjolein.vanasselt.htm

288524

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

030 274 7000
[redacted]@rivm.nl

Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)
Dagelijks COVID-19 Situatie Rapport
19-05-2020 10:00 uur

Samenvatting (totalen en toename t.o.v. gisteren)

Positief geteste personen:	44.249	(+108)
Ziekenhuisopnames:	11.613	(+34)
Intensive Care opnames:	2.843	(+2)
Aantal overleden:	5.715	(+21)
Aantal zorgmedewerkers:	16.186	(+43)

Beschrijving

Sinds gisteren 10:00 uur is het aantal bij het RIVM gemelde personen met de diagnose COVID-19 gestegen van 44.141 naar 44.249. De helft van de gemelde personen is ouder dan 60 jaar (jongste 0 - oudste 107). De nieuwe positieve gevallen, ziekenhuisopnames en sterfgevallen hebben zich in de afgelopen dagen voorgedaan, maar zijn in de afgelopen 24 uur gerapporteerd.

Landelijke en regionale situatie

- Nieuwe SARS-CoV-2-infecties gemeld vanuit de Nivel/RIVM-peilstations: geen.

Provincie	Aantal	Absolute toename t.o.v. gisteren	Relatieve toename t.o.v. gisteren (%)	Aantal zorgmedewerkers	Percentage zorgmedewerkers (%)	Aantal vanuit Nivel/RIVM-peilstations
Zuid-Holland	9448	35	0,4	3743	39,6	4
Noord-Brabant	8887	19	0,2	2163	24,3	22
Noord-Holland	6508	17	0,3	2336	35,9	15
Gelderland	5625	16	0,3	2378	42,3	4
Limburg	4548	3	0,1	1617	35,6	[geen peilstation]
Utrecht	3357	10	0,3	1387	41,3	18
Overijssel	2928	6	0,2	1250	42,7	-
Flevoland	866	1	0,1	374	43,2	-
Zeeland	637	1	0,2	278	43,6	-
Friesland	594	0	0	238	40,1	-
Drenthe	499	0	0	225	45,1	-
Groningen	352	0	0	197	56,0	1
Totaal	**44.249**	**108**	**0,2**	**16.186**	**36,6**	**64**

Ziekenhuisopnames

- Totaal aantal personen dat opgenomen is (geweest) in het ziekenhuis: 11.613 (26% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 69 jaar (jongste 0 – oudste 101).
    - In figuur 2 van de bijlage 'COVID-19 Website rapport' is het aantal gemelde in het ziekenhuis opgenomen COVID-19 patiënten weergegeven naar datum waarop de patiënt aanvankelijk bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

IC opnames

- Aantal IC opnames momenteel: 303 bewezen/verdachte gevallen (NICE-gegevens vandaag 12:00 uur). Dit zijn er 28 minder dan gisteren.
- Totaal aantal personen met een bewezen/verdachte COVID-19-infectie dat opgenomen is (geweest) op de IC: 2.843 (6% van het totaal aantal gemelde gevallen). Dit zijn er 2 meer dan gisteren.
    - Leeftijd: de helft is ouder dan 66 jaar (jongste 0 – oudste 97). Dit is gebaseerd op 1.795 op de IC opgenomen personen waarvan meer informatie bekend is.
    - In figuur 16 van de bijlage is het aantal nieuwe gevallen te zien dat is opgenomen op de intensive care. De dalende trend blijft doorzetten.

Sterfgevallen

- Totaal: 5.715 (13% van het totaal aantal gevallen).
    - Leeftijd: de helft was ouder dan 82 jaar (jongste 18 – oudste 104).
    - Onderliggend lijden bij overledenen <70 jaar: 70% (451); met name hart- en vaatziekten, diabetes, chronische longaandoening, maligniteit, chronische neurologische of neuromusculaire aandoeningen, nier- of lever aandoening, of immuundeficiëntie. 10% (67) had geen onderliggend lijden en bij 20% (128) was dit niet vermeld. Zie ook tabel 4a b van de bijlage.
    - In figuur 3 van de bijlage is het aantal gemelde overleden patiënten weergegeven naar de aanvankelijke datum dat bij patiënt bij de GGD gemeld werd. De dalende trend blijft doorzetten.

Zorgmedewerkers

- Totaal: 16.186 (37% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Van alle nieuw gemelde gevallen betreft 40% zorgmedewerkers. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
    - Leeftijd: de helft is jonger dan 45 jaar.
    - De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

Gevolgen testbeleid

- De testcapaciteit en de indicaties om te testen zijn verruimd. Na een aantal weken met zo'n 40.000 geteste personen per week is dit aantal de laatste 3 weken zo'n 30.000 personen per week. Het percentage positief geteste personen is vorige week gedaald naar zo'n 5%. Zie ook tabel 6 en figuur 18 van de bijlage.
- Vanwege het ingestelde testbeleid is het aantal gemelde positief geteste gevallen een onderschatting van het ware aantal besmette personen in Nederland.
- Het opname- en sterftepercentage is daardoor hoger dan in werkelijkheid het geval is, evenals het aandeel zorgmedewerkers.

Beleid

- Vrijdag 15 mei heeft een OMT plaatsgevonden, wat op maandag 18 mei is gevolgd door een BAO. Vanavond worden de kabinetsbeslissingen over de coronamaatregelen in een persconferentie bekend gemaakt.

Internationaal

- Wereldwijd blijft het aantal COVID-19 gevallen toenemen (cijfers ECDC).
    - Totaal aantal gevallen: 4.766.468 (+86.960)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 318.201 (+3.197)
- Ook in Europa (EU/EEA + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek in veel Europese landen voorbij.
    - Totaal aantal gevallen: 1.317.267 (+6.201)
    - Totaal aantal sterfgevallen: 157.312 (+636)

288524

Duiding

- De effecten van de maatregelen zijn duidelijk zichtbaar. Het aantal mensen dat ziek wordt door COVID-19 in Nederland neemt sinds eind maart af. Dit blijkt uit de afname van de aantallen nieuw gemelde patiënten, ziekenhuisopnames, IC-opnames en overlijdens per dag. Ook het aantal mensen dat bij de huisarts komt vanwege klachten die passen bij het coronavirus daalt nog steeds. Dat blijkt uit cijfers van het Nivel. De virologische dagstaten laten zien dat, ondanks een ruimer testbeleid, de laatste drie weken het aantal geteste personen met klachten rond de 30.000 bleef liggen. Van deze geteste mensen heeft een steeds lager percentage COVID-19. Afgelopen week was dit 5%, terwijl eind maart nog 29% van het aantal testen positief was voor het coronavirus.
- Volgens de ECDC risk assessment (23 april) is het risico op een ernstige infectie met COVID-19 voor de algemene bevolking in de EU laag wanneer passende *social distancing* maatregelen zijn genomen en/of als de circulatie van het virus verminderd is of op een laag niveau gehouden wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt het risico op ernstige infectie als matig ingeschat.

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Tue 6/23/2020 10:49:53 AM
Subject: FW: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen
Received: Tue 6/23/2020 10:49:54 AM

Ik heb (10)(2e) gebeld en gezegd dat we wel degelijk schattingen hebben gemaakt. Dat sommige onderdelen daarvan helder zijn en andere met meer onzekerheid zijn omkleed. En dat het handig is om dit in de vorm van een werkoverleg met VWS te bespreken waarin we kunnen focussen op de cijfers die belangrijk zijn voor de besluitvorming door VWS (mede aan de hand van het OMT advies) en andere cijfers die wellicht minder van belang zijn voor VWS niet verder hoeven uit te diepen.
(10)(2e) plant een afspraak in.

Van: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 23 juni 2020 10:41
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Ha (10)(2e)

Vanmorgen leek het even alsof de vraag die wij hadden gesteld te breed was gesteld om voor (10)(2e)cs te berekenen, maar volgens mij hadden wij de afbakening van contexten en mogelijke doelgroepen al vrij scherp uitgetekend in ons verzoek van 18 mei, zie onder.

Mvg
(10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e) Testen en traceren
(10)(2e) @minvws.nl
+31 6 (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: dinsdag 2 juni 2020 17:27
Aan: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) , (10)(2e). < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Ha (10)(2e),
(10)(2e) c.s. is op dit moment druk met het surveillance dashboard en telecom zaak.
Er wordt wel al gerekend aan jullie vragen, maar bovenstaande heeft nu prioriteit. We laten het zsm weten zodra we informatie over de geschatte testvraag bij asymptomatisch testen hebben.

Van: (10)(2e) , (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: dinsdag 2 juni 2020 08:47
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) , (10)(2e). < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Beste (10)(2e) en (10)(2e),

Wij willen verder met het onderstaande onderwerp en het zou ons erg helpen als we antwoord zouden hebben op onderstaande vraag. Wanneer kunnen wij reactie verwachten?

Met vriendelijke groet

(10)(2e)

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 6/15/2020 4:32:17 PM
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen
Received: Mon 6/15/2020 4:32:18 PM

OK. Laten we OMT afwachten. De vraag van VWS naar de cijfers ging niet over of asymp testen zinvol is, maar alleen over de kwantiteit. Mogelijk wil VWS die testvraag gegevens meenemen in afweging.

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: maandag 15 juni 2020 18:17
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Hoi,
Ik zie net bijgaand stuk voor het OMT morgen, dat over asymptomatisch testen gaat nav de vraag

- Gericht asymptomatisch testen:
  - Hoe betrouwbaar is de testuitslag bij het asymptomatisch testen?
  - In welk kader heeft het asymptomatisch testen meerwaarde, bijvoorbeeld in het geval van uitbraken? Is aanvullend nationaal beleid gewenst gezien de huidige mogelijkheden van GGD ten aanzien van asymptomatisch testen bij regionale clusters (vb bij slachthuizen en fruittelers) en van zorginstellingen (bij intake nieuwe cliënten/patiënten)? Moeten we hierbij nog onderscheid maken in type sectoren of beroepsgroepen (zorg/vitale sectoren/overige sectoren)?

Het lijkt me verstandig de uitkomst van deze discussie even af te wachten en te checken bij VWS of verdere onderbouwing door (10)(2e) nog nodig is.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 15 juni 2020 18:02
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Ha allen,
Volgens mij is dit doc nog niet met VWS gedeeld. Hoe kijken jullie hier tegen aan om dat als officieel stuk met VWS te delen? (10)(2g) Als jullie vinden dat we dit als solide gegevens naar VWS kunnen sturen dan hoor ik het natuurlijk graag.
Alternatief is dat we met VWS in gesprek gaan en het als werkdocument hanteren, waarbij we de onzekerheden beter kunnen bespreken en door kunnen vragen naar waar ze obv deze gegevens op in willen zoomen.

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: woensdag 10 juni 2020 17:38
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Hoi (10)(2e),

Nee, eenmaal testen per contact bij BCO. Ik had het wat verwarrend opgeschreven.
Naar aanleiding van (10)(2e) commentaar nog geprobeerd ook wat % positief weer te geven bij asymptomatisch testen, zodat het ook wat info geeft wat de beste optie is om te pakken. (10)(2g)
(10)(2g)
Al met al denk ik dat ik hier nu wat te lang mee bezig ben, dus misschien goed om nu af te stemmen welke info er nog bij moet of niet. Anders is het misschien uberhaupt te laat opgestuurd. Sommige beslissingen zijn misschien ook wel makkelijk te nemen op basis van aantal testen per dag alleen, zonder % positief. Wat denken jullie?
Groeten,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 8 juni 2020 19:40
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Hoi (10)(2e),
Hierbij enkele opmerkingen. Is de vraag echt dat contacten elke dag getest zouden worden?
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 8 juni 2020 16:28
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Nieuwe versie voor asymptomatisch testen. Nu doorgerekend met informatie van dashboard.

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 5 juni 2020 15:33
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Hoi (10)(2e),
Ik wacht dan even op een nieuwe versie, lijkt me?
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: woensdag 3 juni 2020 17:25
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Ha (10)(2e)
Ik heb een versie met een paar opmerkingen erbij.
-Het belangrijkste is dat er nu berekeningen zijn van (10)(2e) om naar te verwijzen voor de incidentie van symptomatische covid-19 gevallen, of de evidence-synthesis van Scott voor weken 17 en 18. Er zit behoorlijk wat ruimte tussen deze ramingen.
-Mijn extra opmerking was een verpakte vraag: is het mogelijk om naast de schatting van het aantal testen per dag ook iets te zeggen over het verwachte aantal positieve testen per dag?
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 2 juni 2020 16:08
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Ik heb een update gemaakt. Ik had contact met iemand van McKinsey en die vertelde mij dat GGD'en met bepaalde getallen rekenen. Ik heb die getallen overgenomen in de berekening.
(10)(2e) -> regel 17, ik heb de aannames verduidelijkt tussen huisgenoten, nauwe contacten en overige contacten conform hoe de GGD rekent
(10)(2g) Misschien is de verwarring dat ik niet reken met

asymptomatische patiënten maar met asymptomatische personen. Heb dit even aangepast.
De redenatie van 0,5% bij klinische ziekenhuisopnames snap ik ook niet helemaal. Is dit vanuit een berekening of hou je hier de Scout studie in het achterhoofd.
Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 17:25
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Ha (10)(2e)
Mooi werk! Hier enige opmerkingen
-ik zou zeggen dat 6 per 100 000 inwoners een orde van grootte bepaling is, geen echte schatting.
-regel 13: bedoel je 0,1*0,8+0,01=0,09; als we overgaan van proportie naar percentage geeft dit 0,09*100%=9%?
-regel 14: van de patienten -> van de contacten?
-regel 17: neem je dan ook aan dat de 5 contacten huisgenoten of nauwe contacten zijn, of geldt dit voor alle contacten?
-Testen van asymptomatische patienten in de curatieve zorg: zijn dit getallen die je hebt gevonden voor alle opnames? Of hou je rekening met een bepaald percentage van opgenomen patienten die helemaal geen symptomen hebben?
Deze schatting van de aantallen kan je uitbreiden met de kans dat iemand positief is. Bij de 3.375 testen per dag voor asymptomatische contacten zou je uitkomen op 3%, bij de 4.280 testen voor klinische ziekenhuisopnames per jaar zou je uitkomen op zeg 0.5%.

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 29 mei 2020 16:46
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Ik heb even wat dingen uitgezocht. Van de mail van (10)(2e) hieronder.
Als er denkstappen fout gaan, hoor ik het natuurlijk graag.
Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 26 mei 2020 11:29
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Hebben jullie deze al besproken?

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 13:38
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: testvraag pre-symptomatisch testen bij specifieke doelgroepen

Beste collega's,

Zie onderstaande vraag van VWS over het testen van asymptomatische mensen.
Zouden jullie VWS (en mij *) kunnen laten weten of/in hoeverre en wanneer jullie deze vraag zouden kunnen beantwoorden?

Ik begreep dat (10)(2e) data had over BCO die gebruikt zouden kunnen worden voor de public health vraag.

De NVMM wil overigens ook een stuk over het testen van asymptomaten opstellen en is op zoek naar getallen. Ik zal die mail aan jullie doorsturen zodat jullie eventueel direct contact hierover kunnen hebben.

Ik hoor het graag.

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @nivel.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 6/4/2020 9:23:34 AM
Subject: RE: vraagje Nivel
Received: Thur 6/4/2020 9:23:34 AM

Hoi (10)(2e)
Voor de richtlijn is dit niet (meer) nodig, het document is vorige week in het OMT besproken. Op basis hiervan is plotseling verlies van geur/smaak (zonder door obstructie van de neus) toegevoegd aan de criteria voor thuisblijven/testen.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 4 juni 2020 10:54
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nivel.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: vraagje Nivel

Hoi (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

Ik had het even snel op een rijtje gezet en er inderdaad geen p-waarden voor berekend, maar dit kan ik zeker alsnog doen (10)(2e) wanneer heeft het LCI deze data nodig voor hun richtlijn?

Prima om het tzt nogmaals te herhalen en zoiezo goed om een disclaimer toe te voegen, ook aan de LCI-Richtlijn.

Groeten (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 16:56
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nivel.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: vraagje Nivel

Hm, ja. Het is natuurlijk wel 'all cause' niet SARS-CoV-2 symptomatologie waarmee vergeleken wordt. Mogelijk ook niet infectieuze oorzaken. Goed om dat aan te geven. Het gaat sowieso anders zijn als je het tegen rhinovirus of influenzavirus symptomatologie uitzet. Denk ik. Overeind blijft de symptomen die gezien worden bij SARS-CoV-2 positieven op acute moment/moment monsterafname (maar zelfs dat is misschien niet helemaal zeker of huisartsen het zo hebben ingevuld). Vergelijken met rest vraagt dan idd om wat duiding.

Mvg

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @nivel.nl>
Sent: woensdag 27 mei 2020 15:29
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: vraagje Nivel

Hoi (10)(2e)

Geen enkel probleem.
Hartstikke mooi overzicht! Zou dit ook graag in het surveillance bulletin opnemen bij de Peilstation resultaten. Wanneer wordt het openbaar gemaakt? En gaan jullie het over een tijdje nog weer eens bijwerken? Kan me voorstellen dat de patientenpopulatie nu wat anders is dan tijdens de hevigere epidemieweken. En dat dit mogelijk straks weer gaat veranderen, als de rhino's en RS-en zich weer presenteren.

Groetjes, (10)(2e)

Van: (10)(2e) 10)(2e 10)(2e 10)(2e [(10)(2e) @rivm.nl]
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 15:12
Aan: (10)(2e) 10)(2e (10)(2e) ; (10)(2e) 0)(2 (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e) (10)(2e)
Onderwerp: vraagje Nivel

Hoi,
(10)(2e) heeft deze analyse aangeleverd voor een OMT-nota over symptomatologie. LCI wil dit graag als achtergrondinformatie opnemen in hun herziene richtlijn. Ik neem aan dat dit geen probleem is?
Groeten,
(10)(2e)

Nivel huisartsenpeilstationdata

In het kader van de influenzasurveillance, nemen de Peilstation-huisartsen bij een gedeelte van de patiënten met een influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) een neus- en een keelmonster af. Daarnaast is de instructie voor deze huisartsen dat als er zich in de eerste drie werkdagen van de week geen patiënten met IAZ zich melden, ze ook patiënten met een andere acute respiratoire infectie mogen bemonsteren. Van week 6 t/m week 19 2020 zijn er 892 monsters getest op SARS-CoV-2.

Op de meegestuurde monsterformulieren worden enkele symptomen nagevraagd. Deze hebben we in tabel 3 vergeleken voor SARS-CoV-2 negatieve en -positieve patiënten. Wat hier opvalt is dat een acuut begin, keelpijn en een loopneus iets vaker voorkomt bij patiënten die SARS-CoV-2 negatief zijn in vergelijking met patiënten met een SARS-CoV-2 infectie. Terwijl koorts iets vaker voorkomt bij patiënten met een SARS-CoV-2 infectie.

Tabel 3. Symptomen bij patiënten met influenza-achtig ziektebeeld of een andere acute respiratoire aandoening die positief of negatief zijn getest op SARS-CoV-2, welke zijn afgenomen in het kader van de Nivelhuisartsen peilstationsurveillance

Symptoom	SARS-CoV-2 negatief (N)	% met gerapporteerde symptomen	SARS-CoV-2 positief (N)	% met gerapporteerde symptomen
Acuut begin	436	54	26	42
Koorts	448	56	40	65
Malaise	482	60	32	52
Hoofdpijn	320	40	22	35
Spierpijn	260	32	21	34
Keelpijn	370	46	23	37
Hoesten	667	83	50	81
Kortademig	376	47	26	42
Loopneus	300	37	12	19
Diarree	45	6	4	6
Anders	86	11	12	19

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Wed 6/10/2020 7:30:12 AM
Subject: RE: Corona inclusieve VTV
Received: Wed 6/10/2020 7:30:12 AM

Hoi (10)(2e),

Dank voor je terugkoppeling. Ik heb zo overleg met de projectleiders, dus fijn dat deze knoop is doorgehakt.

Met hartelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) - (10)(2e)

==
RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij
(10)(2e)
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Tel.nr: 030 (10)(2e)
Mob.nr: 06 (10)(2e)
E-mail: (10)(2e) @rivm.nl
Afwezig op (10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: woensdag 10 juni 2020 09:20
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Corona inclusieve VTV

Beste (10)(2e)

(10)(2e) en ik hebben elkaar inderdaad nog gesproken maandag, excuus dat ik nog niet teruggekoppeld had.
We hebben afgesproken dat EPI inderdaad trekker zal zijn, en Z&O hierin zal betrekken. Sowieso in de context van de bestaande samenwerking op het gebied van ziektelastschattingen en voor aspecten rondom leefomgeving.

Groet,
(10)(2e)

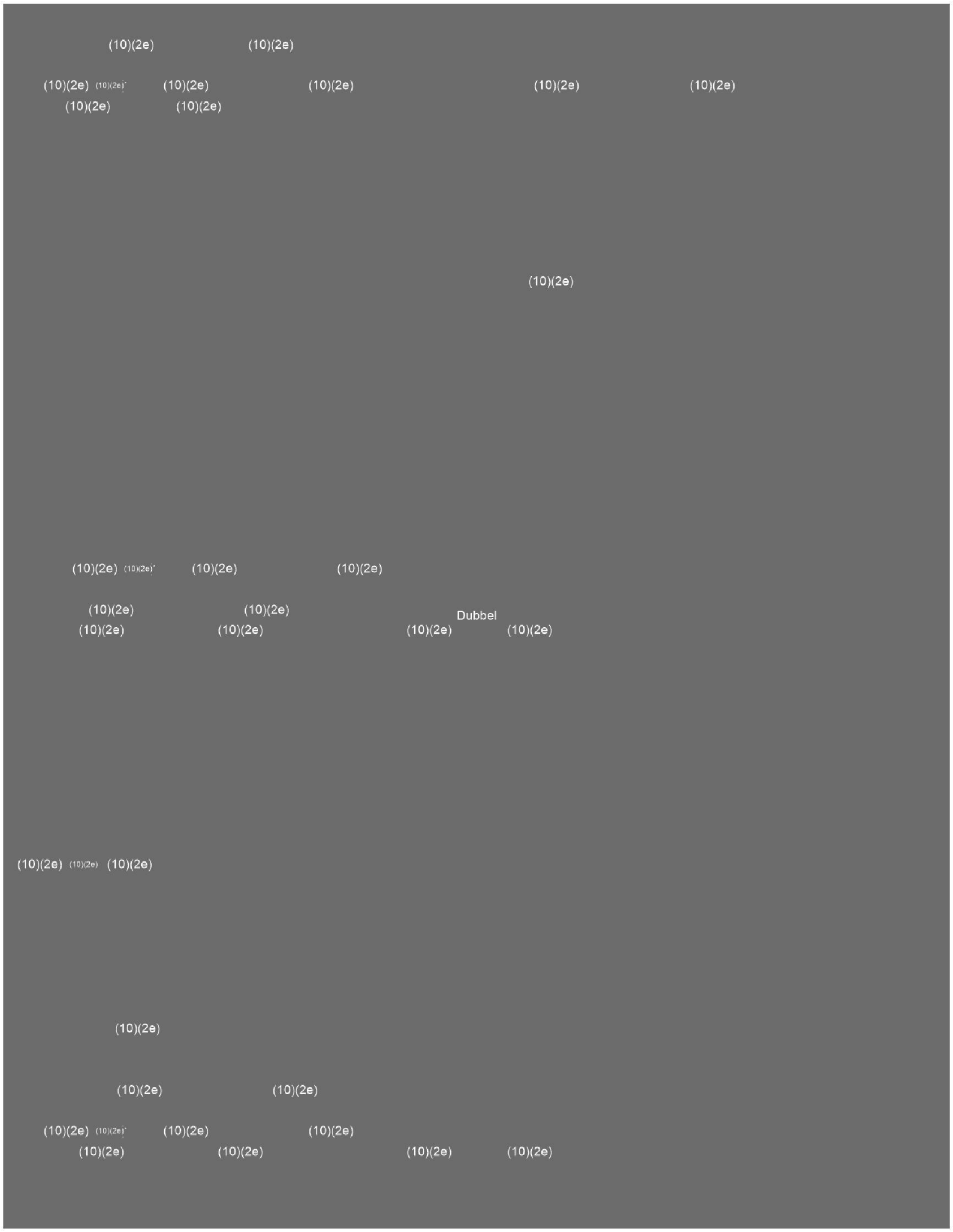
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 9 juni 2020 17:17
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Corona inclusieve VTV
Importance: High

Hoi (10)(2e) en (10)(2e)

Hebben jullie elkaar nog gesproken gisteren over onderstaande? We horen graag hoe we het kunnen gaan inregelen met elkaar.

Met hartelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) - (10)(2e)

==
RIVM Centrum Gezondheid en Maatschappij
(10)(2e) afdeling Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven
Tel.nr: 030 (10)(2e)
Mob.nr: 06 (10)(2e)
E-mail: (10)(2e) @rivm.nl
Afwezig op (10)(2e)


(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)' (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)' (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
Dubbel
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)' (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/25/2020 9:58:37 AM
Subject: RE: Nieuwe vraag aan Osiris Reg Cie: Openbaar maken COVID-19 Osiris gegevens via RIVM website
Received: Mon 5/25/2020 9:58:38 AM

Ja, prima om te overleggen, maar het lijkt me dat ook andere grote delays allerlei vragen op gaan roepen – en dat het geen prioriteit heeft om deze surveillance database met allerlei onvolkomenheden op dat vlak te gaan schonen.
Ik loop straks even langs als je uit OMT bent, hopelijk komt daar een eind aan *

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:44
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Nieuwe vraag aan Osiris Reg Cie: Openbaar maken COVID-19 Osiris gegevens via RIVM website

Hoi,
Lijkt me goed hier nog even over te overleggen of niet voldoen aan wettelijke termijnen voldoende bezwaar is om alle datums weer te geven.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:14
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Nieuwe vraag aan Osiris Reg Cie: Openbaar maken COVID-19 Osiris gegevens via RIVM website

Hoi (10)(2e)

Het imputeren kan men nu dus doen obv de beschikbare info (één van de 3 datums). Het voordeel van het nieuwe voorstel is dat ze in ieder geval zien welke datum ze hebben per case (ipv een gecombineerde DUFS).

Je laat dus de datum lab uitslag alleen zien als de EZD niet bekend is. En de datum melding aan GGD alleen als beide niet bekend zijn.

Weeknummers kunnen nog steeds een groot delay laten zien, dat kunnen we niet allemaal gaan opschonen.

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 11:04
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Nieuwe vraag aan Osiris Reg Cie: Openbaar maken COVID-19 Osiris gegevens via RIVM website

Maar hier ging de hele discussie over – dat men zelf kan bepalen wel of niet te imputeren. Zou toch vreemd zijn om een datum lab uitslag alleen te melden als de melddatum niet bekend is. Als het een probleem is toch ipv exacte datum de weeknummers vermelden?

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 10:34
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>

Subject: RE: Nieuwe vraag aan Osiris Reg Cie: Openbaar maken COVID-19 Osiris gegevens via RIVM website

Het lijkt me beter om dat niet te doen, omdat er soms lange periodes tussenzitten (zelfs onwettelijke periodes: officieel moet het binnen 24 uur gemeld zijn na lab pos), dus dat gaat gedoe opleveren lijkt me

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: maandag 25 mei 2020 10:33
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Nieuwe vraag aan Osiris Reg Cie: Openbaar maken COVID-19 Osiris gegevens via RIVM website

Hoi (10)(2e)

Er staan nu in de formulering nog steeds "wanneer niet geregistreerd". We doen eerste ziektedag, datum lab pos, en melddatum GGD toch gewoon in alle gevallen waar ze bekend zijn?

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)


(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
dubbel

To: (10)(2e) [(10)(2e)@gmail.com]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/25/2020 7:24:43 PM
Subject: Re: Monitoring project ZonMw
Received: Mon 5/25/2020 7:24:43 PM

Hi (10)(2e),

Ik forward je mail even naar (10)(2e). Hij coördineert het onderzoek binnen de gedragsunit en kan je wellicht het beste verder helpen.

groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>
Sent: Sunday, 24 May 2020 13:22:33
To: (10)(2e)
Cc: (10)(2e); (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Subject: Re: Monitoring project ZonMw

Hoi (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

ik mail jullie even alledrie omdat ik niet helemaal zeker weet bij wie ik hiervoor moet zijn (de website geeft geen aanwijzingen).

Ik ben met een aantal mensen in de Science versus Corona omgeving bezig om individuele verschillen in te bouwen in epidemiologische modellen die je dan vervolgens kan regresseren op achtergrondvariabelen (random effects). Zo kun je bv in je model meenemen, dat mannen zich slechter aan de regels houden dan vrouwen en daardoor een andere waarde van R hebben. Door op die manier populatieheterogeniteit mee te nemen is het mogelijk de betrouwbaarheid waarmee de gemiddelde waarde van R in de populatie geschat wordt aanzienlijk te vergroten. Aan het onderzoek doen enkele statistisch modelleerders mee (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) en we passen de techniek o.a. toe op modellen van (10)(2e) (jullie bekend).

Om ons model te toetsen en te illustreren zouden we graag gebruik maken van de data van het onderzoek gedragsmaatregelen en welbevinden (https://www.rivm.nl/onderzoek/gedrag/onderzoek-gedragsmaatregelen-en-welbevinden). In deze data zijn namelijk gedragsvariabelen die direct met R samenhangen meegenomen (bv handenwassen en afstand houden. Door deze variabelen als proxy te nemen voor R, kunnen we waarschijnlijk wel laten zien hoe je zulke data in kunt zetten om populatieheterogeniteit inzake gedrag mee te modelleren en zo de schattingen te verbeteren. Misschien dat jullie daar dan weer wat aan hebben (ik hoop natuurlijk dat wij niet jullie onderzoek dupliceren, maar dat is voor ons niet in te schatten omdat wij slechts een zeer schetsmatig idee hebben van wat er überhaupt aan onderzoek gebeurt binnen het RIVM).

Ik kon echter niet vinden waar ik deze data kan downloaden. Is er een manier om deze data te gebruiken?

Groetjes
(10)(2e)

On Mon, May 18, 2020 at 2:43 PM (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> wrote:

Beste (10)(2e),

Ik ben het er mee eens dat alle partijen er belang bij hebben om af te stemmen wie wat doet, en ook op een efficiente manier. Ik ga er van uit dat dit gaat lukken!

Groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>
Sent: maandag 11 mei 2020 22:18
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e))((10)(2e) (10)(2e)) <(10)(2e)@uu.nl>
Subject: Re: Monitoring project ZonMw

Dag (10)(2e)

aangenaam e-kennis te maken, en bedankt voor je suggesties.

Je schreef: "Criterion for alarm: dit is waar we binnen het RIVM al hard aan werken. Prima om binnen het project te proberen dit te verfijnen, maar hier is dus goede afstemming nodig om dubbel werk te voorkomen."

Hier benoem je een belangrijk punt vind ik. Als wij weten wat het RIVM onderzoekt en de lijnen kennen die men daarbij uitzet, dan kunnen we die met onze onderzoeksgroepen ondersteunen en uitbouwen, en als het RIVM weet wat wij uitvogelen, dan kan men dat gebruiken (en hopelijk scheelt dat dan ook wat werk). In de afgelopen maanden bleek dit proces moeizaam. Eigenlijk hebben de grote en kwalitatief hoogstaande groepen, die door het RIVM via de COVID-19 slack bij elkaar waren geroepen, voornamelijk ins blaue hinein gewerkt. Dat heeft wel nuttige samenwerkingsverbanden opgeleverd maar als je kijkt naar de verzamelde hersenkracht die daar aanwezig is, dan kan ik niet anders dan concluderen dat we mogelijkheden hebben laten liggen. Dus ik hoop dat we nu met deze gezamelijke aanvraag een systeem kunnen verzinnen om elkaar op de hoogte te houden van wat er over en weer gebeurt, zonder dat dat teveel tijd kost. Dat zou echt heel nuttig zijn, en ik denk hier dus graag over mee.

groetjes

(10)(2e)

On Mon, May 11, 2020 at 11:16 AM (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> wrote:
>
> PS Met excuses, ik had de ZonMW deadline van 14 mei in mijn hoofd, en lees nu pas dat dit voor dit voorstel 3 dagen eerder blijkt te zijn...
>
>

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))((10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e))((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

NL ACTIEF

Postadres
Postbus 275
6710 BG Ede

Bezoekadres
Horapark 4
6717 LZ Ede

Tel. algemeen
085 - (10)(2e)
Tel. examenbureau
085 - (10)(2e)

(10)(2e)@nlactief.nl
www.nlactief.nl

Ede, 14 mei 2020

Hooggeachte minister van Rijn,

Met dit document leveren we, als fitnessbranche, de informatie aan met het verzoek om deze vervolgens aan te bieden aan het Outbreak Management Team (hierna OMT), zoals afgesproken in ons overleg van 11 mei. In dat overleg is ook de afspraak gemaakt dat we via u een transparante terugkoppeling krijgen over het advies en de argumentatie van het OMT. We richten ons in deze brief hierna tot het OMT.

Inleiding
Voordat we de aanpassingen beschrijven die de branche bereid is om te maken, willen we u graag een aantal zaken onder de aandacht brengen. De fitnessbranche zet structureel jaarlijks 3,2 miljoen mensen in beweging en helpt hen om aan hun gezondheid en vitaliteit te werken. De fysieke en mentale gezondheid van mensen is onze kerntaak en van groot belang in deze tijden van COVID-19. De fitnessbranche bestaat uit een fijnmazig lokaal netwerk van ruim 4000 locaties, waar 48.000 fte werkzaam is. Daarmee is de fitness de grootste werkgever in de sport. De branche bestaat uit centra waarin lekker sporten, bewegen en gezonde leefstijl centraal staat, maar eveneens centra die op het snijvlak van zorg en revalidatie werken zoals onze preventiecentra. Een groot deel van onze centra heeft bovendien een zwembad, een horeca en fysiotherapeuten gehuisvest in het bedrijf. Onderdelen die open zijn of open gaan wat steeds lastiger uitlegbaar aan de mensen. Deze branche is zeer gemotiveerd om van meerwaarde te zijn voor haar 3,2 miljoen sporters.

Het vraagstuk aerosol
We begrijpen uit onze contacten met het ministerie van VWS dat het besluit om de fitness pas op 1 september te laten beginnen vooral zit in het vraagstuk over aerosolvorming en binnen trainen. Omdat we nog steeds geen inzicht hebben in uw argumenten zijn we zelf op zoek gegaan naar de resultaten van andere onderzoeken naar aerosol. Dat heeft geleid tot de constatering dat er nog veel onduidelijk is als het gaat over dit vraagstuk. Om het risico beheersbaar te maken hebben we toch een aantal aanpassingen in ons protocol gedaan die we graag aan u voorleggen. De basis voor ons voorstel is de analyse en protocollering die men in de fitnessbranche in Duitsland toepast. In Duitsland hebben de fitnesscentra op 11 mei hun deuren weer geopend. We leveren bij dit document, in bijlage 1, het desbetreffende Duitse document aan: 'Konzept zur Wiederöffnung von Fitnessstudios nach dem Höhepunkt der COVID-19 Pandemie' van de Technische Universiteit uit München & de Hogeschool uit Düsseldorf.
We zijn nogmaals van mening dat we op basis daarvan u kunnen overtuigen dat de risico's die gepaard gaan met fitnessen beheersbaar zijn.

IBAN NL07RABO0147126231
BIC RABONL2U
BTW NL.8010.46.695B01
KvK Centraal Gelderland 40220225

288546

NL ACTIEF

De voorgestelde maatregelen
We stellen voor om een aantal maatregelen over te nemen die men in Duitsland ook volgt, zie paragraaf 4.4 van het rapport uit Duitsland:

- Als er ventilatiesystemen beschikbaar zijn, moet de luchtverversing op het maximaal toelaatbare niveau worden ingesteld, anders wordt regelmatige ventilatie aanbevolen. Als het luchten problemen veroorzaakt, dan moet de training van het uithoudingsvermogen binnenshuis worden vermeden.
- Trainingsapparaten zoals loopbanden, steppers of fietsergometers mogen niet tegenover elkaar worden geplaatst en moeten zo worden geplaatst dat er een afstand van tenminste 1,5 meter naar de zijkant en naar de achterkant en tenminste 2 meter naar de voorkant in de richting van de ademhaling is. Als het niet mogelijk is om de apparatuur te reorganiseren, mag deze niet worden gebruikt voor training.
- Krachttrainingsapparatuur en gewichtsbanken moeten een afstand van minimaal 1,5 meter garanderen of moeten worden verplaatst of tijdelijk worden geblokkeerd.
- Met betrekking tot krachttraining adviseren de auteurs om niet te streven naar een maximale belasting en om voldoende pauzes te nemen tussen de trainingssets.
- Om potentieel hoge druppel- en aerosolvorming te voorkomen door te ademen met een snelheid van meer dan 50 l/min, raden wij aan om alleen te trainen met een lage of gemiddelde intensiteit (bijv. tot 'ietwat hard' op de Borg-schaal of tot ongeveer 75% van de maximale hartslag). Dat betekent dat lessen zoals spinning, Zumba- en Tabatatraining niet gedaan worden, omdat dan zelfs op een afstand van >1,5 meter te veel mensen een te hoog ademminuutvolume inademen en uitademen. Intensieve duurtraining kan eventueel naar buiten worden verplaatst.
- De lessen moeten alleen met 'beweging ter plaatse' worden gegeven, om te voorkomen dat de deelnemers te veel lucht inademen. De posities van de matten moeten ook minstens 1,5 meter verwijderd zijn van de volgende matten in elke richting. Afhankelijk van de grootte van de zaalruimte resulteert dit in een individueel bepaald maximum aantal deelnemers.

Er is een tweetal maatregelen waarover we graag een advies willen ontvangen vanuit de overheid.

1. Het rapport spreekt over het verplicht stellen van gelaatsmaskers (mond- en neusbescherming), tenzij een sportschool een zeer goede ventilatie heeft en de leden afstanden van tenminste 1,5 meter en meer te allen tijde aan kunnen houden. De sporter is slechts een uur aanwezig in de ruimte die vaak 1000 tot 2000 m2 groot is. We denken dat voor het personeel wellicht wel het advies moet gelden om mondkapjes te dragen. Onze vraag aan u: is dat zo?
2. Als het gaat om klimaatbeheersing en het filteren van lucht verwijzen we naar de bestaande richtlijnen dat het Bouwbesluit voor verblijfsruimte met sportfunctie voorschrijft: 6,5 dm3/s/per persoon = 23,4 m3/h per persoon. Voor sportcentra hanteren we een norm van 40,0 m3/h. We kennen een effectief benutbare ventilatiecapaciteit van 6 tot 10 maal de inhoud van die ruimte garanderen. Dat betekent ook dat in de fitness lucht afgevoerd wordt en niet recirculeert.
   Onze vraag aan u: heeft u meer informatie nodig met betrekking tot aanvullende, technische voorwaarden in de klimaatbeheersing?

Handhaving
De minister heeft in zijn gesprek met de brancheverenigning verschillende vragen gesteld over de handhaving in een fitnesscentrum. We nemen graag zijn zorg en wellicht ook uw zorg weg.
In ons protocol staat al dat elke klant vooraf reserveert. Dat kan volledig automatisch in onze branche. Bij binnenkomst (of vlak voor vertrek naar de fitnessclub) vindt er een triage plaats: de klant krijgt een vastgesteld aantal vragen om uit te sluiten dat hij ziekteverschijnselen heeft of in aanraking is geweest met iemand die was/is besmet met het coronavirus, bijvoorbeeld in het gezin. Dat betekent dat een centrum precies weet wie er traint en in welk tijdslot. Dat betekent zelfs dat de GGD in contactonderzoek kan navragen wie er in datzelfde uur nog meer aan het trainen is geweest.

NL ACTIEF

Verder wordt aan elke klant duidelijk gemaakt wat de regels zijn i.v.m. het coronaprotocol. Hierin nemen we mee dat een klant begrijpt waarom hij of zij niet intensief mag trainen in het centrum en/of waarom bepaalde activiteiten naar buiten zijn verplaatst. Klanten die met een te hoge intensiteit trainen, zullen hier ook op aangesproken worden. In de fitnessclubs lopen namelijk professionals rond die van 8 uur 's ochtends tot 23 uur 's avonds toezicht houden.
We brengen ook graag onder uw aandacht dat fitnesscentra ruim van opzet zijn. De faciliteiten zijn uitermate geschikt om op ruime afstand van elkaar te trainen. Groepsgroottes van 30 of zelfs 100 personen, die nu in de overheidsprotocollen worden aangegeven, vallen in dergelijke ruimtes in het niet. Fitnesscentra die ons protocol inclusief de aanvullende maatregelen zoals hierboven geformuleerd, niet kunnen uitvoeren, kunnen dan ook niet open.

We zullen de maatregelen zoals hierboven beschreven ook toevoegen aan het protocol. We denken dat met deze maatregelen aerosolvorming tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen is. Dat doen we door op een veilig en verantwoordelijk niveau te trainen in het pand van de fitnessclub én door intensievere trainingsvormen naar buiten te verplaatsen. Volksgezondheid is tenslotte voor de branche van groot belang.

Buitenland
We zijn ons ervan bewust dat de coronamaatregelen om een Nederlandse aanpak vragen. Daarmee zijn we tijdens de intelligente lockdown ook succesvol geweest. We denken echter dat we tegelijkertijd kunnen leren van de ervaringen in het buitenland, zoals het deel over aerosol uit Duitsland. We zien verder dat in de rest van Europa en de wereld fitness veel eerder wordt opgestart dan in Nederland en dat ook deze landen de fitnessbranche zien als een krachtige partner in het vergroten van de weerbaarheid en gezondheid van hun inwoners. Deze rol wil de fitnessbranche in Nederland ook spelen. Bovendien kan het OMT, omdat we later starten, ook leren van de ervaringen in het buitenland als het gaat om het aantal besmettingen dat optreedt in de fitnesssetting. Besmettingen of zelfs besmettingshaarden zijn immers na enkele weken al zichtbaar.

Groepsgrootte binnen fitness
Ons protocol spreekt de ondernemer aan op zijn of haar verantwoordelijkheid over het aantal mensen dat in de fitnessclub aanwezig is om de 1,5 meter afstand te borgen. Het protocol spreekt over tijdslots en over een maximum aantal van 1 per 10 m2. Om zaken overzichtelijk te houden en begrijpelijk voor burgers, is de fitnessbranche bereid om, net als de horeca, bioscopen en theaters, in juni uit te gaan van 30 mensen per tijdslot. Om vervolgens per 1 juli mee over te stappen naar 100 mensen per tijdslot, mits het mogelijk is om voldoende afstand te houden en veiligheid te borgen.

Vervolgstappen
In navolging van onze afspraken met minister Van Rijn zijn we blij dat we aan u, het OMT, onze voorstellen mogen presenteren. We denken dat we u hebben kunnen overtuigen van de professionaliteit van onze branche en dat we de juiste maatregelen nemen in het kader van het beheersbaar maken van de gezondheidsrisico's. Mocht het toch zo zijn dat er twijfels zijn bij het OMT, dan zijn wij zeer bereid om nadere informatie aan te leveren via het ministerie van VWS. Zoals benoemd in het begin van deze brief verwachten we de uitkomsten van uw overleg via de minister terug te horen, zodat we dit transparant met de ondernemers in onze sector kunnen delen.

Met vriendelijke groet,
NL Actief

To: (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 9:40:16 AM
Subject: RE: just-7-per-cent-of-stockholm-had-covid-19-antibodies-by-end-of-april-study-sweden-coronavirus
Received: Fri 5/22/2020 9:40:17 AM

Ja, dat is wel teleurstellend voor hen, vooral in de context van de relatief hoge over-sterfte in Zweden.
https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#map-of-z-scores

https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps#map-of-z-scores

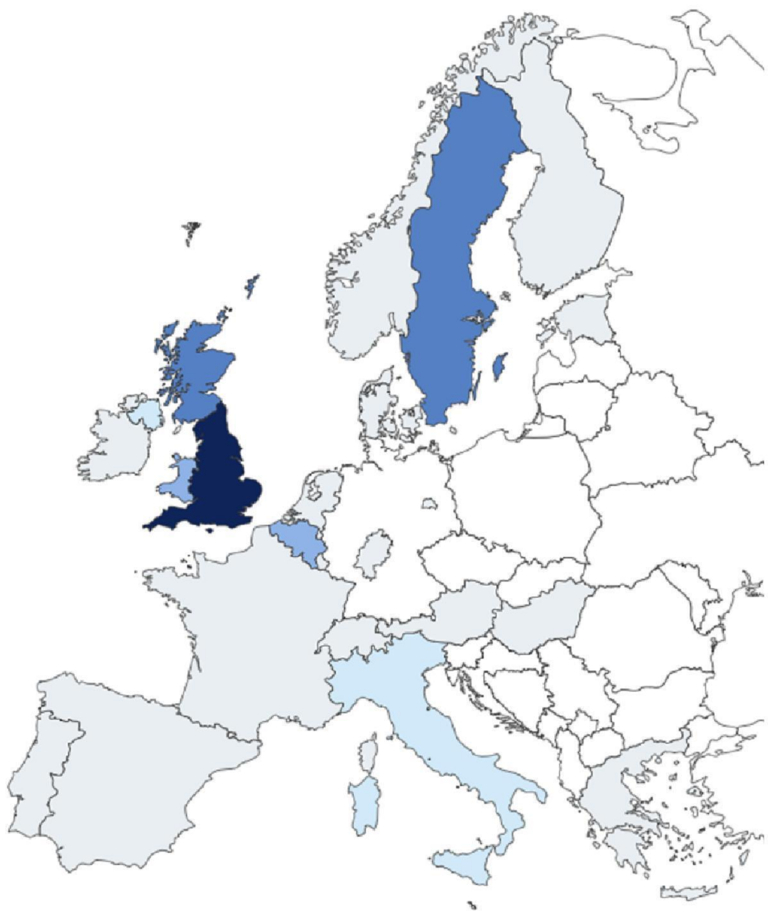
Graphs and maps — EUROMO... Graphs and maps — EURO...

Convert Select

desktop Suggested Sites Inloggen - P-Direktportaal... Suggested Sites (3) Inloggen - P-Direktportaal Suggested

Play 2015-01 2016 2017 2018

Week 19, 2020



Week of study: 21, 2020. Must be interpreted with caution as adjustments for delayed reg

288548

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 22 mei 2020 11:36
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: just-7-per-cent-of-stockholm-had-covid-19-antibodies-by-end-of-april-study-sweden-coronavirus

Dank (10)(2e), heel interessant. Dus weinig hoop daar op groepsimmuniteit op korte termijn…

Groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/25/2020 6:14:29 AM
Subject: RE: OMT stuk zingen
Received: Mon 5/25/2020 6:14:30 AM

Aha, dat klinkt goed!

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Date: 24 May 2020 at 18:45:17 CEST
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: OMT stuk zingen

Ik zie nu dat er twee opties voorgesteld zijn: niet doen of wel doen onder strikte voorwaarden. Met die schermen etc. denk ik dat de meeste koren het sowieso er op houden om het niet te doen, behalve misschien de professionele…

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 17:28
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: OMT stuk zingen

Ja, dat van die surveillance had ik toegevoegd in een comment maar is nu wat onduidelijk geformuleerd: de bedoeling was te zeggen dat er in ieder geval op grote schaal getest moet worden om transmissie te identificeren. Met al die uitbraken, lijkt het verstandiger het gewoon even niet te doen, dat zingen in koren.

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 17:01
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: OMT stuk zingen

Hoi (10)(2e)

Ik had de uitbraak in (10)(2a) kerk ook gezien (eerste kerkbijeenkomst nadat het weer mocht en met voorzorgsmaatregelen), wilde ik nog doorsturen met nog wat clusters daar.
(10)(2g) Eerlijk gezegd snap ik de zinsnede 'in de context van sensitieve en tijdige surveillance' niet. Bedoelen ze dat je het toch wel vroeg op zou pikken?
En dan krijgen ook nog eens weer de discussie wanneer er sprake is van wijdverspreide transmissie en wanneer het dus niet zou mogen.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 16:39
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: OMT stuk zingen

Hoi (10)(2e)

We waren dit weekend nog wat bezig met het stuk over koren, ik denk dat het op korte termijn naar het OMT wordt gestuurd. De conclusie is nu om zingen te verbieden in tijden van wijdverspreide transmissie – zie onder. (10)(2g)
(10)(2g) je wilt juist in de aanloop naar wijdverspreide transmissie dit soort superspreading events voorkomen. (10)(2g)
(10)(2g)

(10)(2e) mailde me nog de Frankfurt uitbraak – zie onder – erg relevant omdat die kerkdienst op 10 mei was, ttv de maatregelen.

Groet, (10)(2e)

- Naar aanleiding van de bevindingen uit het literatuur/media onderzoek, en de nog onbegrepen hoge attack rate van uitbraken in koren en in kerken lijkt het advies om binnenshuis zingen in groepsverband ten tijde van wijdverspreide transmissie in de context van sensitieve en tijdige surveillance van SARS-CoV-2 in de samenleving niet aan te raden. Meer inzicht door o.a. fylogenetische studie is nodig om de uitbraken te verklaren.

From: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@ggdzl.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 13:32
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Uitvraag EPI - uitbraken verenigingen, gemeenschappen, etc.

Graag gedaan.

Je hebt waarschijnlijk al gehoord dat er vorige week in Frankfurt een grote Covid-19 uitbraak gemeld is (50 casus) in een baptistenkerk. Kerken mochten pas sinds kort weer openen. Men hield afstand (1,5 m) en droeg mondneusmaskers. Deze uitbraak leidde al tot casus onder de rest van de bevolking (buiten de kerk).

In Duitsland mogen koren niet oefenen, of bijvoorbeeld zingen in de kerk. Solisten mogen zingen in de kerk. De kerkgangers mogen slechts beperkt zingen (met masker).

Er mogen maximaal vier blaasinstrumenten gezamenlijk gespeeld worden (met een afstand van 5 m).

Groet (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: zondag 24 mei 2020 12:58
Aan: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@ggdzl.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: Uitvraag EPI - uitbraken verenigingen, gemeenschappen, etc.

Dank je (10)(2e) goed te weten. We hebben veel kooruitbraken gevonden, in Nl en internationaal. De vraag is bij welke incidentie je zingen in groepsverband zou moeten verbieden, ik ben benieuwd wat het OMT er morgen van zegt – ik hoop dat het stuk inderdaad op de agenda komt.

Hartelijke groet,

(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@ggdzl.nl>
Sent: zondag 24 mei 2020 12:05
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Uitvraag EPI - uitbraken verenigingen, gemeenschappen, etc.

Beste (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (GGD Limburg Noord) had mij ook nog een mail gestuurd. Deze heb ik te laat gelezen. Excuus. Misschien nog zinvol voor jullie om te weten, hoewel er weinig info is:

Wij hebben in begin van de uitbraak een situatie gehad met Duitse dirigente (uit Gangelt) van div Nederlandse koren. Is toen geen situation van gemaakt helaas.

(10)(2e)

Het dorp Gangelt ligt aan de Nederlandse grens in District Heinsberg (D). Gangelt was begin maart de hotspot voor de carnevalsuitbraak. Wij zagen in Limburg veel casus die gerelateerd waren aan Gangelt en Selfkant (Heinsberg).

Groet, (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/22/2020 5:27:00 AM
Subject: FW: just-7-per-cent-of-stockholm-had-covid-19-antibodies-by-end-of-april-study-sweden-coronavirus
Received: Fri 5/22/2020 5:27:00 AM

Ter info

https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/maj/forsta-resultaten-fran-pagaende-undersokning-av-antikroppar-for-covid-19-virus/

PUBLISHED MAY 20, 2020

It is most common for people between the ages of 20 and 64 to have an infection with covid-19, compared to people in other age groups. It shows the first results from the Public Health Agency's investigation of the presence of antibodies against the virus in blood samples.

The Public Health Authority has launched a survey to measure and estimate how many in the community have had covid-19. Blood samples are collected from laboratories in clinical chemistry and clinical immunology in nine regions: Jämtland, Jönköping, Kalmar, Skåne, Stockholm, Uppsala, Västerbotten, Västra Götaland and Örebro.

The collection takes place during eight weeks in the spring of 2020. A total of 1,200 samples are collected each week for analysis of antibodies. Antibodies show that the immune system recognizes the SARS-CoV-2 virus.

The analyzes for week 18 (a total of 1,104 analyzed samples) show, as expected, the largest proportion of positive antibody tests in Stockholm. A total of 7.3 percent of the blood samples collected from people in Stockholm were positive in the antibody study, which can be compared with a total of 4.2 percent in Skåne and 3.7 percent in Västra Götaland.

The numbers reflect the state of the epidemic earlier in April, as it takes a few weeks for the body's immune system to develop antibodies.

Regarding age differences, the results show that it was most common with antibodies to covid-19 among people between 20 and 64 years. In total, 6.7 percent of the samples in this group were positive, which can be compared with 4.7 percent in the age group 0-19 years and 2.7 percent in the age group 65-70 years.

The antibody analyzes are done in collaboration with SciLifeLab / KTH.

https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-sweden-strategy/swedish-antibody-study-shows-long-road-to-immunity-as-covid-19-toll-mounts-idUSKBN22W2YC

https://www.theguardian.com/world/2020/may/21/just-7-per-cent-of-stockholm-had-covid-19-antibodies-by-end-of-april-study-sweden-coronavirus

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/28/2020 7:24:45 AM
Subject: Antw: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit
Received: Thur 5/28/2020 7:24:45 AM

(10)(2e)
Is dit onderwerp niet erg gerelateerd aan veehouderij en covid?
Gr (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Datum: 27 mei 2020 om 21:01:46 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: FW: Onderzoeksagenda COVID GGD - veehouderij/nertsen/luchtkwaliteit

Hoi beiden,

In navolging van mijn vorige email, hieronder staat meer informatie over de vraagstelling.
In het kader van de RIVM-strategie decentraal werken wordt nagedacht over een RIVM-brede pilot in de provincie, wellicht dat deze kennisvraag daarvoor geschikt is. In dat geval zouden we (10)(2e) daarbij kunnen betrekken.
Groet!

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e)@kpnmail.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e)@gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sun 5/17/2020 6:39:30 PM
Subject: RE: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2
Received: Sun 5/17/2020 6:39:30 PM

Hi (10)(2e)
Dank je wel weer! Fijn om te zien dat jij dezelfde gedachten hebt als wij. Zie hieronder per punt mijn reactie.
Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@kpnmail.nl>
Sent: zaterdag 16 mei 2020 14:56
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2

O ja, nog iets vergeten. (10)(2e) noemde gisteren het belang van snel contactonderzoek na begin klachten, staat vandaag een stuk over in Volkskrant. Dat suggereert dat het nuttig zou zijn om te noteren op welke datum de klachten begonnen, en op welke datum het contactonderzoek is gedaan. INDERDAAD IS HET IDEE DAT DEZE DATUMS GEREGISTREERD WORDEN PER CASE EN CONTACT EN WORDT ER AL NAGEDACHT OVER INDICATOREN/BENCHMARKS. Na het opdoen van de eerste ervaringen zou je dan een streefcijfer kunnen formulier (bijv minstens 80% van de incidente gevallen vinden, en bij minstens 90% hiervan contactonderzoek binnen twee dagen na begin van klachten o.i.d. Dergelijke doelen kunnen wellicht helpen om toegang tot testen en contactonderzoek te optimaliseren? Ik ben benieuwd of jij en de GGDen hier iets in zien en naar het vervolg. Groet! (10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPad

> Op 15 mei 2020 om 20:13 heeft (10)(2e) <(10)(2e)@kpnmail.nl> het volgende geschreven:
>
> Hoi (10)(2e)
>
> Dank voor je bericht, interessant probleem. Omdat (10)(2e) hiernaar verwees in zijn presentatie en (10)(2e) mogelijk ook belangstelling heeft kopieer ik aan beiden.
>
> Ik ben van mening dat prioriteit nummer 1 is het schatten en volgen van de dekkingsgraad van nieuwe COVID-19 patiënten bij wie contactonderzoek plaatsvindt. Van degenen die gemist worden heb je namelijk geen enkele informatie en ook geen enkel effect van de interventie van het contactonderzoek. Volgens de incidentieschatting van de groep van (10)(2e) (gepresenteerd in OMT 66) (ongeveer 5000 per dag) in combinatie met de in die periode door de GGD's aangegeven patiënten (ongeveer 1000 per dag) was de dekkingsgraad in april slechts ongeveer 20%, dus daar lijkt een enorme slag te slaan. DEZE 5000 WAS EEN INSCHATTING VAN ONGEVEER EEN MAAND GELEDEN EN MOET GEZIEN WORDEN ALS ORDE VAN GROOTTE. MOMENTEEL IS HET AANTAL NIEUWE INFECTIES WAARSCHIJNLIJK LAGER DAN TOEN MAAR HET IS MOEILIJK EEN BETROUWBARE SCHATTING TE MAKEN OP BASIS VAN DE HUIDIGE GEGEVENS. MET DE NIEUWE GEGEVENS UIT BIJVOORBEELD DE TWEEDE RONDE PIENTER, INFECTIERADAR EN TESTSTRATEN HOOP IK DAT EEN BETERE INSCHATTING GEMAAKT KAN WORDEN, EN DAARMEE OOK VAN DE DEKKINGSGRAAD VAN BCO. DAARNAAST VIND IK HET BELANGRIJK TE VOLGEN BIJ HOEVEEL BEVESTIGDE PATIENTEN DAADWERKELIJK BCO OPGESTART WORDT.
>
> Prioriteit 2 is mijns inziens het vaststellen van de aantallen 1e en 2e rings contacten, zo mogelijk met specificatie van hun 10-jaars leeftijdsgroep en geslacht. De derde rings contacten zijn vast niet onbelangrijk voor transmissie (openbaar vervoer, uitgaansleven), maar vrijwel ondoenlijk om goed te identificeren. Als het lukt om de 1e en 2e rings contacten te identificeren en te waarschuwen zodat zij in zelf-quarantaine gaan (?) en bij klachten getest gaan worden dan is dat heel belangrijk als interventie. HELEMAAL EENS. INDERDAAD IS HET IDEE DAT RING 1 EN 2 IN QUARANTAINE GAAN EN BIJ KLACHTEN GETEST WORDEN. EN DAT VASTGELEGD WORDT WELKE EN HOEVEEL CONTACTEN GETEST EN POSITIEF GETEST WORDEN. Het is interessant, maar Ik weet niet hoe haalbaar om bij een steekproef van deze contacten te pogen vast te stellen of zij zich hebben gehouden aan de zelf-quarantaine en testen

bij klachten. Dat past misschien in het speciaal onderzoek hieronder in een academische werkplaats? INTERESSANT IDEE, IK KAN OOK EENS PROBEREN TE ACHTERHALEN OF DIT AL IN EEN ZONMW AANVRAAG TERECHT IS GEKOMEN.

Prioriteit 3 is mogelijk het vaststellen van ziektegevallen onder de 1e en 2e rings contacten, maar dat is een stuk ingewikkelder. Het vereist persoonsidentificatie van alle contacten en van alle patiënten en/of het actief opvolgen van alle contacten. Een ruwe schatting kan je misschien krijgen als nieuwe COVID-19 patiënten gevraagd wordt of ze ooit benaderd zijn als contact van een andere COVID-19 patiënt. Ik kan mij goed voorstellen dat de GGD staf huiverig is voor een dergelijk project als routine activiteit, gegeven de enorme werklast die op ze afkomt voor alleen al de interventie. Misschien is het verstandiger om dat als een apart onderzoeksproject op te zetten, bijvoorbeeld in een of meer academische werkplaatsen die daar mogelijk belangstelling voor hebben? ZELF ZIE IK DIT ALS ONDERDEEL VAN DE ROUTINE REGISTRATIE. DIT KAN OOK ALS RING 1 EN 2 CONTACTEN OP NAAM GEREGISTREERD WORDEN. DOOR KOPPELING VAN HPZONE (GGD REGISTRATIE) EN OSIRIS (MELDINGEN) ZOU DIT MOETEN KUNNEN.

Ik hoop dat je hier iets aan hebt. Aarzel niet om te mailen of te bellen als je hierover nader van gedachten wilt wisselen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPad

Op 15 mei 2020 om 18:18 heeft (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl> het volgende geschreven:

Hoi (10)(2e)

Ja, dat is nog een hele puzzel. We hadden een plan waarbij je minimaal de grootte van de 3 'ringen' registreert en voor ring 1 en 2 (huishoud en andere nauwe contacten) liefst ook per contact wat basisgegevens; en hoeveel/welke contacten per ring patient worden – met een directe link naar de melding van de patient. Maar de GGD'en lijken dit niet haalbaar te vinden. Hoop dat we er goed uitkomen, want dit lijkt me toch wel minimale informatie. Hoor het graag als je ideeen hebt!

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@kpnplanet.nl>
Sent: vrijdag 15 mei 2020 10:58
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2

Dank (10)(2e) Ik ben heel benieuwd naar het plan om de dekkingsgraad en opbrengst van contactonderzoek te gaan vaststellen en volgen. Met vriendelijke groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
Verzonden: vrijdag 15 mei 2020 10:10
Aan: (10)(2e)
Onderwerp: RE: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2

H (10)(2e)

Ik was echt van plan je snel terug te mailen maar het is er niet van gekomen, bedacht ik me vanochtend. Sorry.

Heel hartelijk dank voor het kritisch meedenken, ik vind dat nuttig en ik waardeer het echt. De goede punten die je hieronder noemt, hadden we (gelukkig) allemaal al meegenomen in

onze discussies, behalve of de R schatting verandert als je ouderen uit de zkh en IC opnames haalt. Doordat veel ouderen met een al zwakke gezondheid (en dat zijn vaker mensen in instellingen en/of met weinig of weinig diverse contacten) al niet opgenomen worden, denk ik dat het niet heel veel uit zal maken. Maar misschien heb ik het mis, zal ik nog eens bespreken met (10)(2e)

Het idee was dat het surveillanceplan en indicatoren vandaag op de OMT agenda zouden komen, maar is uitgesteld. We zijn er wel continu over in gesprek met VWS, want logischerwijs is hier veel belangstelling voor en hebben ze er ook een mening over.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@kpnplanet.nl>
Sent: zondag 3 mei 2020 14:56
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: surveillance COVID-19 en SARS-CoV2

Dag (10)(2e)

Dank voor het tijdig opstellen van bijlage 6 voor het OMT van morgen. Ik heb deze met belangstelling gelezen en stuur je hierbij ter informatie mijn blik op de situatie (uiteraard voor correctie vatbaar) met enkele vragen en suggesties. Vanwege de opmerkingen over de R schattingen kopieer ik dit bericht ook aan (10)(2e) Een reactie is niet nodig, veel van wat ik hieronder zeg hebben jullie vast al onderling besproken, maar is uiteraard altijd welkom.

Het document geeft een helder overzicht over de beschikbare en verwachte informatiebronnen, maar ik mis nog een plan met betrekking tot 'wanneer trekken we aan de bel omdat de situatie lijkt te ontsporen?' in de algemene bevolking, of in specifieke subgroepen. Een definitie van een ontsporing zou ook nuttig zijn, bijvoorbeeld: kunnen we tijdig detecteren als R in de algemene bevolking 1.1 of meer is? Bij een dergelijke waarde van R zou het aantal COVID-19 patiënten (en met enige vertraging het aantal ziekenhuis- en IC opnames) bijna verdubbelen per maand. Ook voor specifieke subgroepen zou het nuttig kunnen zijn om een definitie te geven van wat wordt beschouwd als de baseline of vergelijkingsgroep, hoe veranderingen in de loop van de tijd worden gevolgd, en wat wordt beschouwd als een onacceptabele toename?

<u>Trends in de algemene bevolking</u>
R wordt momenteel geschat op basis van data over ziekenhuisopnames en ic-opnames, aangevuld met informatie over de gerapporteerde eerste ziektedag. Dit lijkt redelijk goed te voldoen voor trends in de tijd, omdat we er vanuit gaan dat de criteria voor opname in het ziekenhuis en op de ic niet sterk veranderen in de loop van de tijd en de meeste ernstige COVID-19 patienten gedetecteerd zullen worden. De belangrijkste beperkingen zijn: tijdigheid (door rapportagevertraging zijn er de schattingen pas enigszins betrouwbaar voor een periode van ongeveer twee weken geleden), en de mogelijk lagere kans voor ouderen (80+?) om naar het ziekenhuis te gaan en op de ic te belanden, zeker als zij zich in een verpleeghuis bevinden, terwijl deze groep wel belangrijk is voor een groot deel van de sterfte. Hebben jullie ooit gekeken naar de invloed van exclusie van bijv 75+ patiënten uit de ziekenhuis- en ic-opnames? Maakt dit iets uit voor de schattingen van R? Veel belangrijker is mijns inziens de kwestie van tijdigheid. Uit de grafieken van de laatste bijeenkomsten lijkt er haast sprake van overcorrectie voor rapportagevertraging in de afgelopen week. Wordt de correctiemethode ge-update, bijvoorbeeld indien er een trend is dat de rapportagevertraging afneemt? Ook kan ik mij voorstellen dat het verzamelen van data over de eerste ziektedag vertragend werkt, terwijl de meerwaarde mogelijk beperkt is. Zou voor de recente opnames (zeg afgelopen 1-2 weken) versnelling van de voorlopige schattingen mogelijk zijn door gebruik te maken van de tot nu toe verzamelde data over tijd tussen gerapporteerde eerste ziektedag en dag van opname in het ziekenhuis in combinatie met cijfers over de opnames per dag? Indien vertraging locatiespecifiek zou zijn, zou dan locatie kunnen worden meegenomen in de correctie voor rapportagevertraging? Of gebeurt dat al?

Indien in juni iedereen toegang zou krijgen tot testen bij klachten, zou dit, als het eenmaal werkt (mensen doen mee, huisartsen doen mee, voldoende teststraten etc), informatie moeten opleveren over het aantal nieuwe infecties per dag, en daarmee (na smoothing vanwege dag tot dag variatie) informatie over de trends in de incidentie. Echter, tijdens het uitrollen van dit systeem zullen resultaten zeer moeilijk interpreteerbaar zijn, omdat het de vraag zal zijn of een stijging van het aantal patiënten het gevolg is van een verbeterde dekkingsgraad van testen of van een toenemende incidentie. Hetzelfde geldt denk ik voor interpretatie van de virologische weekstaten. Gezien het zeer grote gat tussen de geschatte incidentie (5000 per dag) en gerapporteerde cases (1000 per dag) in april, lijkt het aannemelijk dat er weken tot maanden over heen zullen gaan tot het uitgebreide testsysteem nuttige informatie gaat opleveren over trends in de incidentie. Voorlopig zijn mijns inziens de data van ziekenhuis- en ic-opnames daarom extreem belangrijk en is iedere stap die kan bijdragen aan het verkorten van de rapportagevertraging zeer waardevol en ook investering (mankracht) waard.

Gegevens over de mobiliteit zijn zeer belangrijk om de directe impact van maatregelen voor het beperken van de mobiliteit te volgen. Echter, het verband met R is indirect, en op uitsluitend mobiliteitsdata zullen denk ik geen beleidsbeslissingen worden genomen (dat is een ander voordeel van de ziekenhuis- en ic-opnames; het directe belang voor de volksgezondheid is evident, en een stijging zal meteen als zorgelijk worden ervaren). Om die reden vermoed ik dat Google data, ondanks de vertraging, hiervoor de belangrijkste informatiebron zullen blijven.

Trends bij subgroepen

Bij specifieke beroepsgroepen zoals onderwijzend personeel en contactberoepen zal bij versoepeling van de maatregelen behoefte zijn om eventuele covid-19 snel te detecteren. Als het lukt om veel grootschaliger te testen, ook in de algemene bevolking, levert dit mogelijk voldoende informatie op om iets te kunnen zeggen over trends in de subgroepen in vergelijking met trends in de algemene bevolking? Het uitwerken van een globaal plan hiervoor zou nuttig zijn?

Ik hoop dat sommige van de opmerkingen nuttig zijn. Succes met het vervolg, tot morgen,

(10)(2e)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Mon 8/17/2020 4:50:53 PM
Subject: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)
Received: Mon 8/17/2020 4:50:54 PM

Prima hoor (10)(2e), er wordt nu niet meer aan de herkomst van de berekeningen gerefereerd.

Groet (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Sent: maandag 17 augustus 2020 18:28
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) . < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Subject: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Dag (10)(2e)
Dank je wel, duidelijk! Het is nu de volgende tekst geworden, hoop dat jullie daar mee kunnen leven:

In het conceptplan van 15 mei jl. werd uitgegaan van een maximaal besmettingspercentage van 8%. Op basis van de ervaringen met de opschaling van het testbeleid bleek dat op dat moment geen reële schatting. Met het opschalen van het testbeleid bleef het aantal testen slechts langzaam toenemen (ver onder het verwachte aantal testen per dag), en daalde het landelijk percentage besmettingen al tot beneden de 5%. Veiligheidshalve is bij de aanpassing uitgegaan van 30.000 testen per dag, en van een besmettingspercentage van 5%. Dat betekent 1500 BCO'en per dag (met 8 uur per BCO). Waarvoor uiteindelijk 3250 fte is berekend. Bestaande uit een basiscapaciteit bij de landelijke schil van 550fte, en opschalingsmogelijkheid tot 2000 fte. Samen met de regionale capaciteit van 1250fte, komt de maximale capaciteit dan op 3250fte. De aanpassingen aan het concept-opschalingsplan zijn destijds niet meer gepubliceerd. Tijdens het debat van 20 mei jl. met uw Kamer heb ik deze toelichting op de benodigde capaciteit besproken.

Groet, (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)
Ministerie VWS
(10)(2e) bron & contactonderzoek
(10)(2e) @minvws.nl
T: 06- (10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: maandag 17 augustus 2020 17:04
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: FW: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Beste (10)(2e)

Inhoud brief grotendeels over zaken qua capaciteit waar wij als RIVM buiten staan.

Een opmerking mbt percentage 5% positieven, dat wordt ten onrecht aan RIVM toegeschreven als zijnde berekend. Zie bijlage.

En zie onderstaande mailwisseling.

Vriendelijke groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 17 augustus 2020 16:54
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdfryslan.nl>
Sent: dinsdag 19 mei 2020 18:06
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdhm.nl>
Subject: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Laten we hier niet verder op in gaan. Maar ik stel voor dat (10)(2e) en (10)(2e) hier een overeenstemming over vinden, want wij moeten onze berekeningen ergens op kunnen baseren. Het mag best voortschrijdend inzicht zijn, maar we kunnen het niet zelf gaan verzinnen. Hiermee sluit ik graag deze mail-discussie af en leg hem tussen de vertegenwoordigers van rivm en ggd. We hebben voldoende helder hoe het is gegaan en hoe we het niet weer willen.

Hartelijke groet,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: dinsdag 19 mei 2020 17:28
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdfryslan.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>
CC: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdhm.nl>
Onderwerp: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Beste (10)(2e)

Nog een reactie van mijn kant, want ik was direct betrokken bij het aanleveren van de getallen.

Ten eerste; omdat wat mij betreft de 5% ook al een afstemming was met jullie.
Want de keuze om te werken vanuit een aantal testen en een % positief was niet in lijn met de input die ik heb geleverd (het percentage positief hangt namelijk af van vele andere zaken en is meer een uitkomst dan in input).
Dus dan hebben we zoals je ook aangeeft in je email een 100% pragmatisch compromis (op een donderdagmiddag tussen 1 en 2).

Ten tweede; omdat je nu zelf aangeeft dat het ook een compromis was, ben ik temeer ontstemd met je beslissing om in het persbericht en de publicatie een andere werkelijkheid te projecteren, waarbij de mogelijke gevolgen van dit compromis volledig eenzijdig aan onze kant komt te liggen. Want op basis van dit bericht staat er dat het een schatting/berekening was van het RIVM.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdfryslan.nl>
Sent: 18 May 2020 20:11
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdhm.nl>
Subject: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Nee klopt hoor (10)(2e) jullie gaven vanuit de berekeningen / modellering 5% aan. Omdat dat wel erg absoluut is hebben wij daar een bandbreedte omheen gezet en die met jullie afgestemd.

Hg (10)(2e)

Ps: als jullie andere cijfers hebben dan passen we daar onze berekeningen weer op aan uiteraard

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: maandag 18 mei 2020 15:01
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdfryslan.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>
Onderwerp: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Hallo allemaal,

Ik wil toch nog even per mail vastleggen dat deze uiteindelijk gebruikte bandbreedte van 2-8% een pragmatisch gekozen compromis is, afgesproken tussen de verschillende partijen, en niet gebaseerd is op berekeningen of een model, laat staan een RIVM model.

Groet,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 15:27
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggdfryslan.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>
Subject: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Mooi! Nog lager dus :-)
Hebben we een mail met de berekening voor de verantwoording?

(10)(2e)
Hoofd Algemene Infectieziekten, Arts M&G, PhD, MPH
Infectieziekten
Algemene Infectieziekten

GGD Amsterdam

T 020 (10)(2e)
M 06 (10)(2e)
(10)(2e) @ggd.amsterdam.nl

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @ggdfryslan.nl]
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 15:09
Aan: (10)(2e) (10)(2e) ; (10)(2e)
CC: (10)(2e) ; (10)(2e) ; (10)(2e) ; (10)(2e) ; (10)(2e)
Onderwerp: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Mooi dan is het nu definitief *

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>
Verzonden: donderdag 14 mei 2020 14:37
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) - (10)(2e) < (10)(2e) @ggdfryslan.nl>
CC: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>
Onderwerp: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Beste allen,

Het RIVM heeft de volgende grenzen bevestigd:

Ondergrens: 2% positieven bij 30k testen (dus 600 BCO per dag)
Bovengrens: 8% positieven bij 30k testen (dus 2400 BCO per dag)

(de input variabele van % testen dat daadwerkelijk wordt uitgevoerd vervalt hiermee dus).

Zie attached de slide met de ouput verwerkt. Dank allen voor het meedeknen en snelle schakelen hierop!

Gr,
(10)(2e)

(10)(2e)
McKinsey & Company, Inc. | Amstel 344 | 1017 AS Amsterdam | Netherlands
Tel: +31 2 (10)(2e) Mob: +31 6 (10)(2e)
Email: (10)(2e)@mckinsey.com

From: (10)(2e)
Sent: Thursday, May 14, 2020 12:47 PM
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e) - (10)(2e) <(10)(2e)@ggdfryslan.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@ggdghor.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@ggdghor.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@ggdzl.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@mckinsey.com>
Subject: RE: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Beste allen,

Ter verduidelijking nog even een toelichting op hoe wij van onderstaande inputvariabelen die jullie hebben aangeleverd, op de getallen op de slides zijn gekomen.

Wij hebben 3 input variablen gebruikt om tot de scenario's te komen:

1. Het aantal beschikbare testen
2. Het gebruik van de testen ('testbereidheid')
3. Het percentage positieven dat gevonden wordt

Ad 1)

- Wij hebben begrepen dat de beste inschatting die iedereen hier nu van kan maken is dat vanaf juni max 30k testen beschikbaar zijn, en dat het het vanaf september wellicht kan gaan oplopen
- Daarom hebben wij de capaciteit berekend met deze 30k tot aan september, en een 'stippellijn' tot aan 70k in december om aan te geven dat er wellicht een stijging zal zijn, maar dat nog onduidelijk is op dit punt hoeveel dat gaat zijn

Ad 2)

- Voor het bovengrens scenario is dit simpel: je kunt maximaal 100% van de 30k testen gebruiken
- Voor het ondergrens scenario zijn wij uitgegaan van 50% gebruikte testcapaciteit, gebaseerd op de regionale ervaringen als de eerste resultaten uit de infectieradar (aantal mensen met klachten dat zich waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk wil laten testen)

Ad 3)

- Voor het ondergrens scenario zijn wij er veiligheidshalve vanuit gegaan dat het % positieven 5% is gebaseerd op onderstaande mailwisseling
- Voor het bovengrens scenario is een percentage van 8% genomen, gebaseerd op de inhoudelijke discussies die door jullie

hierover gevoerd zijn dat a) het vergroten van de doelgroep voor testen het % waarschijnlijk omlaag zal brengen en b) bij een veel hoger percentage waarschijnlijk al eerder ingrijpende maatregelen zullen worden doorgevoerd, wat de % weer omlaag zal brengen

Gr,
(10)(2e)

(10)(2e)
McKinsey & Company, Inc. | Amstel 344 | 1017 AS Amsterdam | Netherlands
Tel: +31 (10)(2e) | Mob: +31 6 (10)(2e)
Email: (10)(2e) @mckinsey.com

From: (10)(2e)
Sent: Thursday, May 14, 2020 11:54 AM
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e) - (10)(2e) <(10)(2e) @ggdfryslan.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @ggdzl.nl>
Subject: Graag per ommegaande jullie akkoord op ingeschatte vraag naar BCO (bij voorkeur voor 13u)

Beste (10)(2e)(10)(2e en (10)(2e)

Gebaseerd op onderstaande input hebben wij nu onderstaande scenario's opgenomen in ons advies:

- Bovengrens: 8% positieve testen (bij gebruik van maximaal beschikbare testcapaciteit van 30k)
- Ondergrens: 5% positieve testen (bij gebruik van 50% van beschikbare testcapaciteit)

Zie attached de slide waarin dit is opgenomen -> **Graag per ommegaande jullie akkoord op deze scenario's om de bovengrens en ondergrens van de BCO-vraag te bepelen.**
Bij voorkeur graag voor 13u (en ik realiseer me dat dit een korte tijdslijn geeft maar dan kunnen we deze input nog verwerken om het advies af te stemmen in de DPG meeting).

Van de rest horen we ook graag of jullie het eens zijn met deze scenario's. Ook eventuele **suggesties voor verbeteringen** (en hier helpt het om een concrete formulering te geven om op te nemen in het advies) over bronvermeldingen, de notie dat vraag continue gemonitord moet worden etc kunnen jullie doorgeven.

Dank alvast!
(10)(2e)

(10)(2e)
McKinsey & Company, Inc. | Amstel 344 | 1017 AS Amsterdam | Netherlands
Tel: +31 2 (10)(2e) Mob: +31 6 (10)(2e)
Email: (10)(2e) @mckinsey.com

From: (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Sent: Wednesday, May 13, 2020 3:50 PM
To: (10)(2e) <(10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) <(10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @ggdghor.nl>; (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e) @ggdghor.nl>
Subject: [EXT]RE: Inschatting BCO vraag voor onze discussie om 11

Het is ~5%, uitgaande van 30.000 testen per dag en ongeveer 2400 symptomatische nieuwe gevallen per dag (lower limit van de schatting week 15/16 ivm met verloop van de uitbraak) en 0.5% incidentie COVID-like-illness.

Groet,
(10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e)

Sent: 13 May 2020 14:22
To: (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>
Subject: RE: Inschatting BCO vraag voor onze discussie om 11

Hierbij de bron voor de 4500;

Tabel 1 biweekly week 15/16 – dit is cumulatief in 14 dagen, dus dit getal 63100 (33900-111000) gedeeld door 14.

Groet,
(10)(2e) (10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @mckinsey.com>
Sent: 13 May 2020 11:00
To: (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdzl.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>
Cc: (10)(2e) < (10)(2e) @ggdghor.nl>
Subject: Inschatting BCO vraag voor onze discussie om 11

Dag allen,

Zie attached de inschatting van de BCO vraag zoals we die gisteren besparken voor ons overleg nu.

Tot zo,
(10)(2e)

(10)(2e)
McKinsey & Company, Inc. | Amstel 344 | 1017 AS Amsterdam | Netherlands
Tel: +31 2 (10)(2e) Mob: +31 6 (10)(2e)
Email: (10)(2e) @mckinsey.com

+===+
This email is confidential and may be privileged. If you have received it
in error, please notify us immediately and then delete it. Please do not
copy it, disclose its contents or use it for any purpose.
+===+

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u

288564

verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

DISCLAIMER Veiligheidsregio Fryslân:
Een per e-mail verzonden mededeling is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Indien u niet de geadresseerde bent, wordt u verzocht de afzender te informeren. Aan de inhoud van deze e-mail en eventuele bijlagen kunnen geen rechten worden ontleend, tenzij schriftelijk uitdrukkelijk anders is overeengekomen. Binnen Veiligheidsregio Fryslân werken Brandweer Fryslân en GGD Fryslân aan de brandweerzorg, publieke gezondheidszorg, rampenbestrijding en crisisbeheersing. Meer informatie over onze organisatie vindt u op www.veiligheidsregiofryslan.nl, www.ggdfryslan.nl en op www.brandweerfryslan.nl.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

DISCLAIMER Veiligheidsregio Fryslân:
Een per e-mail verzonden mededeling is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Indien u niet de geadresseerde bent, wordt u verzocht de afzender te informeren. Aan de inhoud van deze e-mail en eventuele bijlagen kunnen geen rechten worden ontleend, tenzij schriftelijk uitdrukkelijk anders is overeengekomen. Binnen Veiligheidsregio Fryslân werken Brandweer Fryslân en GGD Fryslân aan de brandweerzorg, publieke gezondheidszorg, rampenbestrijding en crisisbeheersing. Meer informatie over onze organisatie vindt u op www.veiligheidsregiofryslan.nl, www.ggdfryslan.nl en op www.brandweerfryslan.nl.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/14/2020 9:57:51 AM
Subject: RE: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.
Received: Thur 5/14/2020 9:57:51 AM

Hoi,

Als 6/100K is gebaseerd op huisartsbezoek en 16/100K op serologie, dan is het niet 60% asymptomatisch maar 60% van geconverteerden die geen zorg zoekt.

(10)(2e) je hebt nog het oude plaatje van Sanquin gebruik in je presentatie met nog fout-positieven er in. Dit is de juiste.

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 11:33
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.

Ha (10)(2e)
Terecht punt. Dat weten we inderdaad allemaal niet zeker. Is denk ik een punt voor de communicatie over dit soort cijfers: we hebben te weinig informatie om deze specifieke waarden te kunnen onderbouwen, we hebben genoeg informatie om te zeggen dat deze orde van grootte niet conflicteert met de huidige kennis.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 11:18
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.

Hoi (10)(2e)

Ik bleef even hangen op deze regel:

2500 nieuwe mensen met SARS-CoV2 infectie per dag (symptomatische en asymptomatische infecties, resulterend een seroconversie), komt ongeveer overeen met 16 / 100 000

Hier ga je uit van 60% asymptomatisch, en dat alle asymptomatische infecties leiden tot seroconversie. Beide zijn denk ik nog erg onzeker. Maar voor dit dashboard heb je deze aannames niet nodig, en kan je rekenen met 6/100.000 symptomatische infecties per dag.

We kunnen misschien later nog kijken hoe zich dit alles dan verhoudt tot serologie/ (10)(2e) is daar ook mee bezig en er waren vragen uit (10)(2a) daarover (10)(2e).

Ik kan de vraagtekens bij de NIVEL vertraging nog uitzetten bij (10)(2e)

Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 09:54
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>;

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.

Dashboard - Zorgcapaciteit

Indicator	Vertraging	Bron	Dashboard			
				Groen	Oranje	Rood
IC	2,5 wk	NICE, LCPS	Bezetting	< 210	210-400	> 400
			Opnames/dag	< 10/dag	10-20/dag	> 20/dag
Ziekenhuizen	2 wk	NICE, Osiris	Opnames/dag	< 40/dag	40-80/dag	> 80/dag
Aantal COVID-19-patiënten	1-2 wk	Teststraten, Osiris	Incidentie	< 16 /100.000	16-32 /100.000	>32 /100.000
		Infectieradar, ziekteverlof, modellering	Prevalentie	< 80 /100.000	80-160 /100.000	>160 /100.000
Compliance met maatregelen?		Gedragsonderzoek		?	?	?
Mobiliteit	< week	Telecom, Google		?	?	?
Reproductiegetal	1-3 wk	Modellering		< 1,0	0,9-1,0	> 1,0

3

H (10)(2e)

Goede aanscherping! Ik zie inderdaad het verschil tussen incidentie symptomatische patiënten (obv Osiris meldingen en teststraten) en incidentie infecties in de bevolking. In de tabellen werd dus met infecties gerekend; ik denk dat daar een verheldering in moet.

Groet (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 14 mei 2020 09:27
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Urgent: check Dashboard getallen voor in rem / controle strategie.
Importance: High

Beste allemaal,

Het lijkt me goed om de getallen ook nog even in deze groep terug te leggen, voordat het om 10:30 in het torentje wordt behandeld, zodat iedereen hetzelfde verhaal bij de getallen heeft. Gisteren heb ik op verzoek van VWS nog even naar de Dashboard getallen in de controlestrategie gekeken, samen met de mensen die dit soort getallen voor berekeningen gebruiken ((10)(2e) , (10)(2e) , (10)(2e)). Een punt waar we op vastliepen was het verhaal achter de 16/100 000 COVID-19 patienten, via teststraten en osiris. Dat was eerder 6/100 000.

Wat ik zou verwachten is:
10 IC-opnames met COVID per dag =>

40 Ziekenhuisopnames met COVID per dag

1000 nieuwe mensen met COVID per dag (symptomatische infecties), komt ongeveer overeen met 6 / 100 000

2500 nieuwe mensen met SARS-CoV2 infectie per dag (symptomatische en asymptomatische infecties, resulterend een seroconversie), komt ongeveer overeen met 16 / 100 000

Mijn verwarring: In de strategietekst staan termen zoals "aantal nieuwe feitelijke COVID-19 besmettingen" volgens mij is dat aantal mensen ziek, dus symptomatisch dus 6/100 000 per dag. In onze presentatie stond eerst 6/100 000 bij incidentie covid-19 patienten, later 16/100 000. Wat was ook al weer de reden voor de verandering?

We zijn behoorlijk onzeker over de waarden, dus alles kan, maar we moeten wel het juiste verhaal hebben bij de getallen. Alle input welkom.

Verder uitgevraagd wat de vertraging precies is van de diverse meldingen die we verwerken, gemeten vanaf moment van infectie:
tijdsduur na moment van infectie tot een andere gebeurtenis
8.5 dagen gemiddeld van Infectie tot melding klacht in infectieradar
?? dagen gemiddeld van Infectie tot melding klacht in NIVEL peilstation
11.9 dagen gemiddeld van Infectie tot melding positieve test uitslag
19.0 dagen gemiddeld van infectie tot melding ziekenhuisopname (via NICE)
15.2 dagen gemiddeld van infectie tot melding IC opname (via NICE)

Vriendelijke groeten

(10)(2e)

288566

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl] (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/14/2020 7:06:03 AM
Subject: RE: Nieuwe concept tekst extra COVID call EC
Received: Thur 5/14/2020 7:06:04 AM

Hi (10)(2e)

Misschien is er vanuit VPZ ((10)(2e)) nog een goede mogelijkheid; bv ivm lopende cohorten en expertise (Doetichem, PYAMA) en daar wel meer ruimte voor dit.

Gr (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 5/13/2020 9:46:57 AM
Subject: RE: Stuk aerogene transmissie RT - en zingen?
Received: Wed 5/13/2020 9:46:58 AM

Dank je – ja, kunnen we meenemen in ons overleg over de aanpak.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) ((10)(2e)[(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/8/2020 3:56:04 PM
Subject: RE: 20200508 adviesaanvraag soc ec
Received: Fri 5/8/2020 3:56:04 PM

Gaat vandaag helaas niet lukken, wordt ws morgen. Ben goed in niet t beste jongentje van de klas zijn... heb nog niets inhoudelijk van kortcyclische monitor impact: zij leveren as vrijdag op. Ik stel wel wat samen met nieuwsbericht en wel het plan voor kortcyclische impact Corona.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
(10)(2e)

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9
+31 (10)(2e)

Van: (10)(2e) ((10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Datum: 8 mei 2020 om 16:16:25 CEST
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: 20200508 adviesaanvraag soc ec

Was idee vanmiddag, (maar heb nog niks van de anderen gezien, als t kan is t mooi, maar als we keer niet beste jongetje van klas zijn, is dat ook best)

Met vriendelijke groeten,

((10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) RIVM
....
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
....
T +31 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl
http://www.rivm.nl
....
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 15:44
To: (10)(2e) ((10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: 20200508 adviesaanvraag soc ec

Ha (10)(2e)

Lijkt mij ook goed. Die info voor as maandag, wanneer moet die verstuurd?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)
(10)(2e)
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Postbus 1
3720BA Bilthoven
+31 (0)6 (10)(2e)
Secretariaat
(10)(2e) @rivm.nl
+31 (0)30 (10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: vrijdag 8 mei 2020 15:42
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: FW: 20200508 adviesaanvraag soc ec

(10)(2e) ter info. Volgens mij zo prima, en dat laat ik (10)(2e) zo weten; maandag bespreken we met de PB's nog even onze rol. En voor deze vraag over openbaar vervoer hebben wij denk ik niet een belangrijke rol.

Gr
(10)(2e)

Met vriendelijke groeten,

(10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) RIVM
....
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Antonie van Leeuwenhoeklaan 9 | Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
....
T +31 (10)(2e)
(10)(2e)@rivm.nl
http://www.rivm.nl
....
RIVM *De zorg voor morgen* begint vandaag

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

buiten verzoek

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

buiten verzoek

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/11/2020 7:10:40 AM
Subject: RE: Monitoring project ZonMw
Received: Mon 5/11/2020 7:10:41 AM

Ha (10)(2e)
Dank! Hieronder jouw commentaar met mijn toevoegingen en edits erbij in bold. Wat mij betreft kan het zo worden verstuurd.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

Mobility: niet duidelijk of Mezuro mobility patterns levert op basis van acutele of historische gegevens. Goed om aan te geven of dit nu volgens de wet mag: er wordt nu overlegd over een noodwet om het mogelijk te maken om telefoongegevens te mogen gebruiken.

Syndrome surveillance: Deze sectie heet syndrome surveillance maar is veel breder (ook sequencing, social media, etc.) dus zou ik hernoemen. **Google FluTrend is iets ander dan de Grote Griepmeting, het laatste is syndrome surveillance/citizen science. Dit is al opnieuw opgestart vanuit het RIVM onder de naam infectieradar.** Data hieruit kunnen dienen als input voor dit project, maar afstemming is hierbij noodzakelijk om te voorkomen dat dubbel werk gedaan wordt. Wat betreft behavioural is er al een grootschalig project gestart, eerste resultaten een paar dagen geleden gepubliceerd, zie https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag

Targeted response: Noodzakelijk om meer GGD'en te betrekken tijdens uitwerking, ook als nog niet geidentificeerd in voorstel. Ook zou ik hier GGD GHOR NL expliciet bij zetten als partij aangezien zij BCO opschaling coordineren. (10)(2e) (10)(2e) vanuit GGD Amsterdam kan je mogelijk opnemen als ze akkoord is, als co-voorzitter met (10)(2e) (10)(2e) voor landelijke BCO werkgroep

Testing strategy: er staat dat dit gelimiteerd is tot beperkte doelgroepen, maar dat verandert nu snel.

Core groups: wat ons betreft was dit een van de belangrijkste onderwerpen die vanuit het RIVM niet volledig werden afgedekt. In het voorstel is het nu geen aparte werkgroep, noodzaak om duidelijk te maken in welke WG dit opgepakt zou kunnen worden en liefst ook hoe. Is nu niet duidelijk. Kan onderdeel zijn van alle WGs. Onderdeel van core group 2 zijn mensen met een contactberoep. Deze hebben vanaf nu toegang tot laagdrempelig testen.

Criterion voor alarm: dit is waar we binnen het RIVM al hard aan werken. Prima om binnen het project te proberen dit te verfijnen, maar hier is dus goede afstemming nodig om dubbel werk te voorkomen.

Wat nog mist in het voorstel is een uitwerking van de volgende punten genoemd door ZonMW:

- Modelleren hoeveel screenen en testen zijn nodig in welke groepen, inclusief moeilijk bereikbare groepen. *Ik neem aan dat core groups hier naar probeert te verwijzen maar dit vind ik niet duidelijk in de aanvraag.*
- Hoeveel test en menskracht is daarvoor nodig en hoe organiseer je dat efficiënt? *Hiervoor is samenwerking met GGD GHOR NL en GGD'en essentieel.*

- Stem af en werk samen met modelleurs van RIVM en met GGDen; *maak duidelijk wat de toegevoegde waarde van het huidige voorstel is ten opzichte van de modelleringswerkzaamheden bij het RIVM; en hoe wordt voorkomen dat er dubbel werk wordt gedaan*
- *Beschrijf hoe u de aanpak en resultaten in publiekstaal gaat communiceren met beleidsmakers en algemeen publiek*

Een concreet voorstel voor een structuur voor aftemming met het RIVM en GGD-en is zeker nodig gezien de mate van overlap tussen wat hier wordt voorgesteld en wat al loopt bij het RIVM en de GGD-en. Het is nodig om vanuit elke working group snel te schakelen met het RIVM en GGD-en. Dan kan verschillende vormen aannemen; een Advisory Board kan maar een klein gedeelte van dat werk afvangen.

Graag (10)(2e) verplaatsen van Working group 1 (Mobility) naar Working group 2 (Syndrome surveillance)

Affiliaties correct: bij (10)(2e) op pagina 5,6 geen LUMC ; bij (10)(2e) zou dat dan op pagina 6 geen RIVM zijn.

(10)(2e) bij Advisory board is prima.

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: zondag 10 mei 2020 17:15
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: Monitoring project ZonMw

Hoi (10)(2e),

Ik heb het ZonMW voorstel doorgelezen. Hierbij mijn eerste reactie. Zullen we morgenochtend even afstemmen?

Groeten,
(10)(2e)

Mobility: Ik ben erg geinteresseerd om te horen in hoeverre de data die Mezuro ontvangt geaggregeerd is, hoe fijnmazig deze is, en of dit wél mag volgens de AP.

Syndrome surveillance: Deze sectie heet syndrome surveillance maar is veel breder (ook sequencing, social media, etc.) dus zou ik hernoemen. FluNet wordt genoemd als optie voor syndrome surveillance/citizen science. Deze is al opnieuw opgestart vanuit het RIVM onder de naam infectieradar. Data hieruit kunnen dienen als input voor dit project, maar afstemming is hierbij noodzakelijk om te voorkomen dat dubbel werk gedaan wordt. Wat betreft behavioural is er al een grootschalig project gestart, eerste resultaten een paar dagen geleden gepubliceerd, zie https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag

Targeted response: Noodzakelijk om meer GGD'en te betrekken tijdens uitwerking, ook als nog niet geidentificeerd in voorstel. Ook zou ik hier GGD GHOR NL expliciet bij zetten als partij aangezien zij BCO opschaling coordineren. (10)(2e) (10)(2e) vanuit GGD Amsterdam kan je mogelijk opnemen als ze akkoord is, als co-voorzitter met (10)(2e) (10)(2e) voor landelijke BCO werkgroep

Testing strategy: er staat dat dit gelimiteerd is tot beperkte doelgroepen, maar dat verandert nu snel.

Core groups: is nu geen aparte werkgroep, noodzaak om duidelijk te maken in welke WG dit opgepakt zou kunnen worden en liefst ook hoe. Is nu niet duidelijk. Kan onderdeel zijn van alle WGs. Onderdeel van core group 2 zijn mensen met een contactberoep. Deze hebben vanaf nu toegang tot laagdrempelig testen.

Criterion voor alarm: dit is waar we binnen het RIVM al hard aan werken. Prima om binnen het project te proberen dit te verfijnen, maar hier is dus goede afstemming nodig om dubbel werk te voorkomen.

Ik zie dat er nu wel geld gereserveerd is voor LCI/(10)(2e) (10)(2e). Misschien niet onlogisch omdat het meer om onderzoek gaat dan reguliere taak vanuit zijn thema (RDS).

Mijn naam staat nu bij de advisory board, dat lijkt me een goede positie om invloed uit te kunnen oefenen op het project.

Wat ik nog mis in het voorstel is een uitwerking van de volgende punten genoemd door ZonMW:

- Modelleren hoeveel screenen en testen zijn nodig in welke groepen, inclusief moeilijk bereikbare groepen. *Ik neem aan dat core groups hier naar probeert te verwijzen maar dit vind ik niet duidelijk in de aanvraag.*
- Hoeveel test en menskracht is daarvoor nodig en hoe organiseer je dat efficiënt? *Hiervoor is samenwerking met GGD GHOR NL en GGD'en essentieel.*

- Stem af en werk samen met modelleurs van RIVM en met GGDen; *maak duidelijk wat de toegevoegde waarde van het huidige voorstel is ten opzichte van de modelleringswerkzaamheden bij het RIVM; en hoe wordt voorkomen dat er dubbel werk wordt gedaan*

- *Beschrijf hoe u de aanpak en resultaten in publiekstaal gaat communiceren met beleidsmakers en algemeen publiek*

From: (10)(2e) <(10)(2e)@erasmusmc.nl>
Sent: zondag 10 mei 2020 15:45
To: (10)(2e) ((10)(2e) (10)(2e)) <(10)(2e)@uu.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@wur.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@uu.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e) <(10)(2e)@TUE.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@cwi.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@tue.nl>; (10)(2e) @lumc.nl; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@umcutrecht.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@cwi.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@uu.nl>; (10)(2e), (10)(2e) (SOCMED) <(10)(2e)@maastrichtuniversity.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nivel.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@umcutrecht.nl>; (10)(2e), (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: Monitoring project ZonMw

Beste (10)(2e) en (10)(2e)

Bedankt voor dit geweldige intiatief. Het voorstel ziet er al picobello uit. Ik heb nog enkele kleine dingetjes en suggesties, vooral in het eerste deel (bijgevoegd). Zie maar of je daar nog wat mee doet.

Het enige meer essentiële punt is dat nu niet duidelijk is bij welke van de 5 working groups 'core groups' zijn ondergebracht. Ook zou GGD Rotterdam-Rijnmond als externe organisatie mee kunnen doen, via mijn collega (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

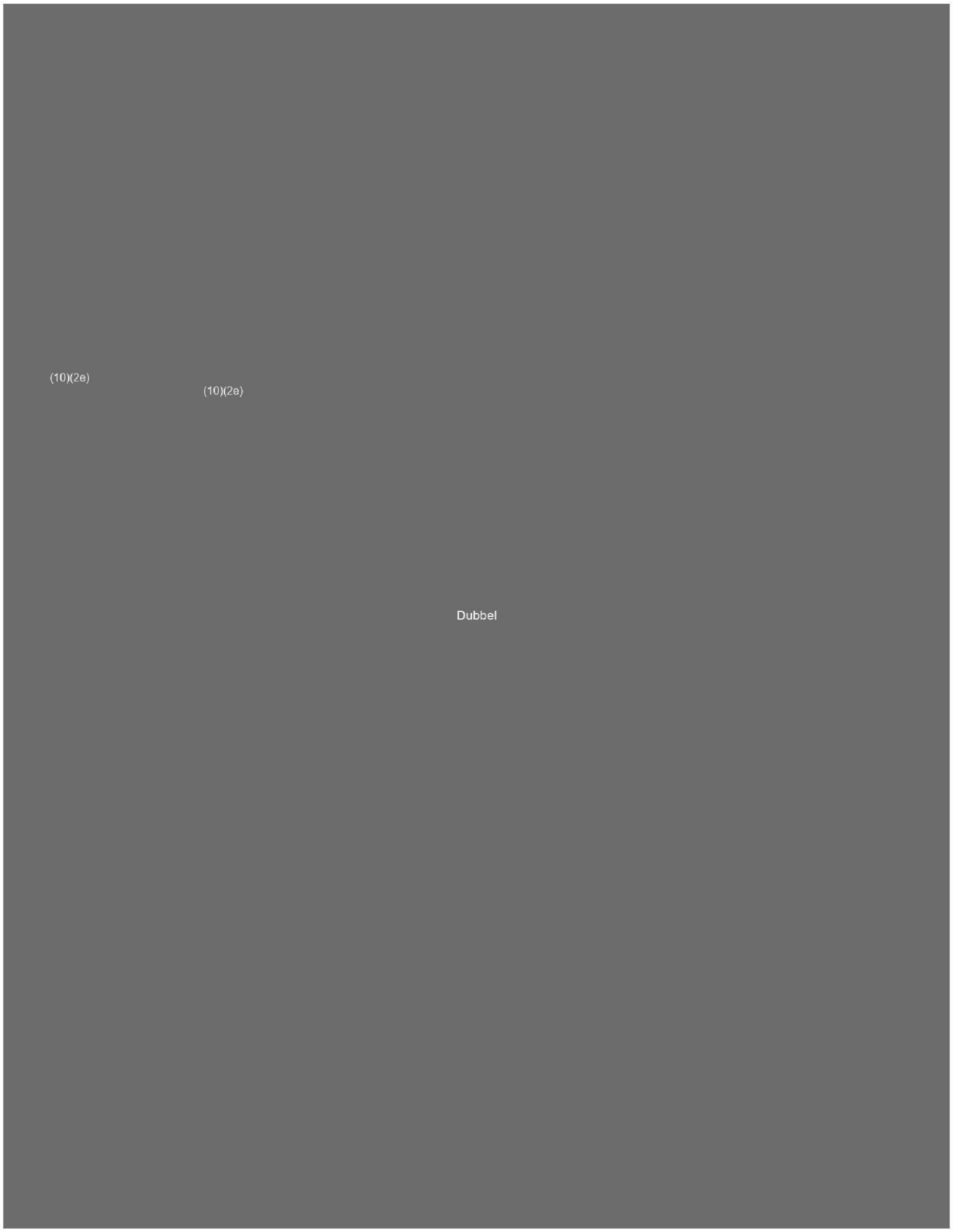
Groeten,

(10)(2e)

(10)(2e) ((10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)

Dubbel


(10)(2e)
(10)(2e)
Dubbel

To: (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]; (10)(2e) [(10)(2e)@rivm.nl]
From: (10)(2e))
Sent: Mon 5/11/2020 10:07:56 AM
Subject: Re: Monitoring project ZonMw
Received: Mon 5/11/2020 10:08:46 AM

Ik heb (10)(2e) gesproken en in tegenstelling tot de situatie bij de EU en ERC kun je hier niet meer wijzigen na indienen. Ik had veel overleg vanochtend en durfde niet te wachten tot het laatste moment. Ik zal uiteraard in de uitwerking rekening houden met jullie opmerkingen, men moet eerst maar eens 'ja' zeggen en voor de beoordeling zijn er denk ik geen essentiële zaken. Overigens had ik (10)(2e) bij werkgroep 1 gezet omdat hij zelf aangaf daar de meeste aansluiting te willen omdat jullie aan de andere aspecten al veel meer werk doen en werkgroep 1 het meest complementair was. Het is verder juist goed als mensen zich met meerdere werkgroepen bemoeien! Zoals gezegd, eerst maar eens goedkeuren dan kunnen we concreter worden samen.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

(10)(2e) | Professor of Theoretical Epidemiology | Department of Population Health Sciences | Faculty of Veterinary Medicine | University of Utrecht | Yalelaan 7, 3584 CL Utrecht, The Netherlands | (10)(2e)@uu.nl | +31 3 (10)(2e) secretary: ... 1071)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Datum: maandag 11 mei 2020 om 12:00
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@uu.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Onderwerp: RE: Monitoring project ZonMw

Dank en nogmaals excuus

From: (10)(2e)) <(10)(2e)@uu.nl>
Sent: maandag 11 mei 2020 11:51
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: Monitoring project ZonMw

Hoi (10)(2e)

Ik had het net ingediend een half uur geleden, na wat wijzigingen van anderen. Jullie hebben goede opmerkingen die ik graag zou verwerken (sommige zaken had ik al verduidelijkt in de nieuwe versie). Ik neem even contact op met (10)(2e) of ik nog een nieuwe versie kan indienen.

Groet,

(10)(2e)

(10)(2e) | Professor of Theoretical Epidemiology | Department of Population Health Sciences | Faculty of Veterinary Medicine | University of Utrecht | Yalelaan 7, 3584 CL Utrecht, The Netherlands | (10)(2e)@uu.nl | +31 3 (10)(2e) secretary: ... 1071)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Datum: maandag 11 mei 2020 om 11:16
Aan: "(10)(2e)" <(10)(2e)@tue.nl>, "(10)(2e)" <(10)(2e)@erasmusmc.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@uu.nl>, "(10)(2e)" <(10)(2e)@wur.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@uu.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>, "(10)(2e)" <(10)(2e)@TUE.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@cwi.nl>, "(10)(2e)@lumc.nl"' <(10)(2e)@lumc.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, "(10)(2e) <(10)(2e)@umcutrecht.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@cwi.nl>, (10)(2e)" <(10)(2e)@uu.nl>, "(10)(2e) (SOCMED)"' <(10)(2e)@maastrichtuniversity.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@nivel.nl>, (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>, "(10)(2e) (10)(2e)" <(10)(2e)@umcutrecht.nl>, "(10)(2e)" <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Onderwerp: RE: Monitoring project ZonMw

PS Met excuses, ik had de ZonMW deadline van 14 mei in mijn hoofd, en lees nu pas dat dit voor dit voorstel 3 dagen eerder blijkt te zijn...

From: (10)(2e)
Sent: maandag 11 mei 2020 11:06
To: (10)(2e) <(10)(2e)@tue.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@erasmusmc.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@uu.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@wur.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@uu.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>; (10)(2e) <(10)(2e)@TUE.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@cwi.nl>; (10)(2e)@lumc.nl; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@umcutrecht.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@cwi.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@uu.nl>; (10)(2e) (SOCMED) <(10)(2e)@maastrichtuniversity.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@nivel.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e). <(10)(2e)@umcutrecht.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>
Subject: RE: Monitoring project ZonMw

Beste (10)(2e)

Dank voor dit concept en hierbij onze suggesties vanuit RIVM.

Eerst inhoudelijke opmerkingen bij het voorstel:

- Mobility: niet duidelijk of Mezuro mobility patterns levert op basis van actuele of historische gegevens. Goed om aan te geven of dit nu volgens de wet mag: er wordt nu overlegd over een noodwet om het mogelijk te maken om telefoongegevens te mogen gebruiken.
- Syndrome surveillance: Deze sectie heet syndrome surveillance maar is veel breder (ook sequencing, social media, etc.) dus zou ik hernoemen. Google FluTrend is iets ander dan de Grote Griepmeting, het laatste is syndrome surveillance/citizen science. Dit is al opnieuw opgestart vanuit het RIVM onder de naam infectieradar. Data hieruit kunnen dienen als input voor dit project, maar afstemming is hierbij noodzakelijk om te voorkomen dat dubbel werk gedaan wordt. Wat betreft behavioural is er al een grootschalig project gestart, eerste resultaten een paar dagen geleden gepubliceerd, zie https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/onderzoek/gedrag
- Targeted response: Noodzakelijk om meer GGD'en te betrekken tijdens uitwerking, ook als nog niet geidentificeerd in voorstel. Ook zou ik hier GGD GHOR NL expliciet bij zetten als partij aangezien zij BCO opschaling coordineren. (10)(2e) vanuit GGD Amsterdam kan je mogelijk opnemen als ze akkoord is, als co-voorzitter met (10)(2e) voor landelijke BCO werkgroep. Vanuit RIVM zijn we uiteraard al nauw betrokken bij monitoring en evaluatie van de BCO data verzameld door de GGD'en.
- Testing strategy: er staat dat dit gelimiteerd is tot beperkte doelgroepen, maar dat verandert nu snel.
- Core groups: wat ons betreft was dit een van de belangrijkste onderwerpen die vanuit het RIVM niet volledig werden afgedekt. In het voorstel is het nu geen aparte werkgroep, noodzaak om duidelijk te maken in welke WG dit opgepakt zou kunnen worden en liefst ook hoe. Is nu niet duidelijk. Kan onderdeel zijn van alle WGs. Onderdeel van core group 2 zijn mensen met een contactberoep. Deze hebben vanaf nu toegang tot laagdrempelig testen.
- Criterion for alarm: dit is waar we binnen het RIVM al hard aan werken. Prima om binnen het project te proberen dit te verfijnen, maar hier is dus goede afstemming nodig om dubbel werk te voorkomen.

Daarnaast missen wij een uitwerking van de volgende punten genoemd door ZonMW:

- Modelleren hoeveel screenen en testen zijn nodig in welke groepen, inclusief moeilijk bereikbare groepen. *Ik neem aan dat core groups hier naar probeert te verwijzen maar dit vind ik niet duidelijk in de aanvraag.*
- Hoeveel test en menskracht is daarvoor nodig en hoe organiseer je dat efficiënt? *Hiervoor is samenwerking met GGD GHOR NL en GGD'en essentieel.*

- Stem af en werk samen met modelleurs van RIVM en met GGDen; maak duidelijk wat de toegevoegde waarde van het huidige voorstel is ten opzichte van de modelleringswerkzaamheden bij het RIVM; en hoe wordt voorkomen dat er dubbel werk wordt gedaan. *Een concreet voorstel voor een structuur voor afstemming met het RIVM en GGD-en is zeker nodig gezien de mate van overlap tussen wat hier wordt voorgesteld en wat al loopt bij het RIVM en de GGD-en. Het is nodig om vanuit elke working group snel te schakelen met het RIVM en GGD-en. Dan kan verschillende vormen aannemen; een Advisory Board kan maar een klein gedeelte van dat werk afvangen. Graag overleggen we voor indiening hoe dit te organiseren.*

288583

- Beschrijf hoe u de aanpak en resultaten in publiekstaal gaat communiceren met beleidsmakers en algemeen publiek

En als laatste:

- Rollen (10)(2e) en (10)(2e): Graag (10)(2e) verplaatsen van Working group 1 (Mobility) naar Working group 2 (Syndrome surveillance). (10)(2e) bij Advisory board is prima.

- Affiliaties: bij (10)(2e) is dat puur RIVM op pagina 5,6 (geen LUMC) ; bij Mirjam zou dat op pagina 6 alleen UMCU zijn lijkt ons, aangezien aanvraag vanuit UMCU-aanstelling plaatsvindt.

Vriendelijke groet,
(10)(2e) en (10)(2e)

---

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)
(10)(2e)

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Wed 6/3/2020 3:46:19 PM
Subject: RE: Corona inclusieve VTV
Received: Wed 6/3/2020 3:46:20 PM

Ha (10)(2e),
Heb hier even naar gekeken. Blijkbaar is vanuit CIb (10)(2e) (10)(2e) als trekker aangewezen. (10)(2e) heeft in de mail hieronder aangegeven dat ze dit aan (10)(2e) (10)(2e) had gevraagd, die had (10)(2e) erbij gevraagd. (10)(2e) wordt door hen aangestuurd (een Z&O modelleur uit de groep van (10)(2e (10)(2e)).
Het probleem is hier dat een echt EPI onderwerp (Ro, modellering van scenario's, ziektelast van humaan-overdraagbare ziekten, kosten, baten, vatbaarheid voor coronavirus) nu bij Z&O ligt om uit te werken. Vraag is hoe dat zo kan, of dit ok is wat rollen betreft, en of dat ok is wat kwaliteit betreft. Wat mij betreft niet.
We moeten duidelijkheid over de rollen krijgen. Als wij moeten aanleveren en de regie bij Z&O ligt dan zijn we snel klaar.
Mijn voorstel is om het op te stellen op basis van stukken die we al bij EPI hebben liggen, zodat het een goede kwaliteit krijgt zonder dat het veel extra werk hoeft te kosten.
Compromis kan zijn dat (10)(2e) vanuit Z&O over komt naar EPI om de aanwezige kennis om te zetten naar VTV.
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: dinsdag 2 juni 2020 15:26
To: EPI-Staf <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: Corona inclusieve VTV
Importance: High

Hoi allen,

Zie onderstaand.
@(10)(2e) zullen we morgen even bespreken?

Groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: maandag 1 juni 2020 20:53
To: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10(10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: Corona inclusieve VTV
Importance: High

Dag allen,

Zie onderstaand verzoek van (10)(2e) om input/medewerkers vanuit CIb voor nieuwe VTV waarin effecten van Corona op gezondheid en zorg worden meegenomen.
Ik stel voor om dit dinsdag in het MT CIb even kort te bespreken.
Groet!

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e)

(10)(2e) | (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) | (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)' (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) | (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e)
Sent: Fri 5/1/2020 4:15:24 PM
Subject: RE: Laatste versie met opmerkingen Aura en Nicolet de Keizer verwerkt
Received: Fri 5/1/2020 4:17:03 PM

Wat jammer.

En wie er gelijk heeft? NICE+RIVM!

We bestoken LCPS al weken met het verzoek te stoppen deze hoge cijfers te noemen. We hebben contact met ROAZen en ziekenhuizen en iedereen bevestigt dat de NICE data kloppen. Aan ROAZ/LCPS worden bezette bedden doorgegeven, geen patiënten. Die bedden worden soms om politieke redenen wat opgehoogd, soms als bed terecht bezet genoemd omdat de patient ontslagen is maar het bed nog ontsmet moet worden of omdat het een COVID bed was maar inmiddels de patient bewezen negatief is gebleken.

Best frustrerend, zeker omdat wij iedere dag hier mails over krijgen.

Een goed weekend voor iedereen ☺!
Groet
(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)(10)(2e)(10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e) C (10)(2e)

Dubbel

(10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)(10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Mon 5/4/2020 3:39:52 PM
Subject: FW: tuberculose- en corona bestrijding
Received: Mon 5/4/2020 3:39:53 PM

Ter info. Wat mij betreft, discussie gesloten.
Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: maandag 4 mei 2020 17:37
To: (10)(2e) < (10)(2e) @tbconsult.nl>
Subject: RE: tuberculose- en corona bestrijding

Dag (10)(2e)
Er is veel meer dan je hier kenschetst! Hiermee doe je tekort aan wat iedereen doet.
En niet nodig om met de vuist op tafel te slaan.
Groet, (10)(2e)

From: (10)(2e) < (10)(2e) @tbconsult.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 16:14
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @kncvtbc.org>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @kncvtbc.org>
Subject: Re: tuberculose- en corona bestrijding

Beste (10)(2e) n (10)(2e)

Dank voor jullie bericht. Ik ben uiteraard blij met betrokkenheid en advisering vanuit de tuberculosebestrijding. Maar eigenlijk daar gaat het mij daar niet om.
Het gaat om het resultaat: een ruimhartig landelijk testbeleid gedragen door de GGD met daaraan gekoppeld een door de GGD gedragen actief bron- en contactopsporingsonderzoek en toegesneden risicogroepenbeleid.
Dat is er niet!
Elders in de wereld ontstaat dat wel, mede op inspiratie vanuit de tuberculosebestrijding.
Dus denk ik, vuist op tafel!
Succes,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @kncvtbc.org>
Verzonden: maandag 4 mei 2020 15:02
Aan: (10)(2e) < (10)(2e) @tbconsult.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; susan.van.den.hof < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @kncvtbc.org>
Onderwerp: RE: tuberculose- en corona bestrijding

Beste (10)(2e)

Ik onderschrijf je gedachten zoals je die in je email formuleert van harte.
Je schrijft over '*zeker ook een afwezige stellingname vanuit de KNCV*', daar wil ik graag toch nog even op reageren, om te voorkomen dat je een verkeerde indruk hebt van de betrokkenheid van KNCV.
Zoals we al eerder lieten weten en je vanmorgen van (10)(2e) ok al hebt gehoord, zijn we als KNCV op de achtergrond ook zeker actief om de potentiele bijdrage van de ervaringen uit de tbc-bestrijding aan de Covid-respons uit te dragen. KNCV is ook zeer bereid om de aanwezige expertise binnen de organisatie daarvoor in te zetten, en hebben dat ook aan onze partners (RIVM, GGD GHOR, NSPOH) laten weten.

We hebben alle vertrouwen dat deze organisaties, nu we uit het oog van de storm gaan geraken, de lessen uit de tbc-betrijding zullen inbouwen in de verdere response (zoals ook al blijkt uit de reactie van (10)(2e)

Direct na de afkondiging van de beperkende maatregelen hebben we als dagelijks bestuur van de CPT gezorgd dat de keuzes welke tbc-bestrijdingsactiviteiten konden worden afgeschaald landelijk uniform waren. Op dit moment formuleren we een advies om activiteiten weer geleidelijk te hervatten. We laten hierbij voorop staan dat dit op verantwoorde wijze gebeurt, zodat geen onnodige Corona-besmettingen plaatsvinden, maar we tzt ook niet geconfronteerd worden met een toename van het aantal tbc-patiënten.

Met hartelijke groet, (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e),
(10)(2e) tbc-bestrijding MPH PhD
Secretaris Commissie voor Praktische tbc-bestrijding
Projectcoordinator Nederland
KNCV Tuberculosefonds

Bezoekadres
Benoordenhoutsweg 46
2596BC Den Haag

(10)(2e)@kncvtbc.org
Kantoor: 070 (10)(2e)
Mobiel: 06 (10)(2e)

(10)(2e)@kncvtbc.org
Kantoor: 070 (10)(2e)
Mobiel: 06 (10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: Monday, May 4, 2020 11:45 AM
To: (10)(2e) <(10)(2e)@tbconsult.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; susan.van.den.hof <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) <(10)(2e)@ggd.amsterdam.nl>; (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@kncvtbc.org>
Subject: RE: tuberculose- en corona bestrijding

Beste (10)(2e)

Dank voor het teken van meeleven! Hoop dat het ook goed met jou gaat.

De ervaringen uit de tbc-bestrijding worden zeker meegenomen in de coronabestrijding. Daarom is het goed dat de tbc-bestrijding afgelopen jaren een steviger plek heeft gekregen binnen het RIVM. Ik ben bijv. voor het grootste deel van mijn tijd (nu 100% in dienst van het RIVM) aangehaakt bij de coronabestrijding, inclusief bron- en contactonderzoek (BCO). (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (ook oud-KNCV'er) is als Centrumhoofd Epidemiologie en Surveillance van het RIVM-CIb uiteraard fulltime betrokken bij de coronabestrijding. Dit weekend zijn bijv. heel wat uurtjes aan BCO besteed, ook doo(10)(2e) en mij.

Daarnaast adviseren we (10)(2e) en ik) de GGD'en vrijwel dagelijks over casuïstiek m.b.t. de evt. gedwongen maatregelen in het kader van de Wpg. Ook daarbij komen de ervaringen van de tbc-bestrijding goed van pas!

Groet, (10)(2e)

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)
(10)(2e)
RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1, Interne postbak (10)(2e)
3720 BA Bilthoven
Mob: 06 (10)(2e)

(10)(2e) @RIVM.nl
www.rivm.nl/infectieziekten

From: (10)(2e) <(10)(2e) @tbconsult.nl>
Sent: maandag 4 mei 2020 11:26
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @rivm.nl>
Subject: tuberculose- en corona bestrijding

Beste (10)(2e)

Ik vertrouw erop dat het goed met je gaat.
Graag stuur ik je hierbij een afschrift van twee berichten die ik stuurde aan (10)(2e), als voorzitter van de CPT, over de tuberculose- en corona bestrijding.
Ik denk dat het goed is dat je hier van op de hoogte bent.
Ik stuur ook (10)(2e) (10)(2e) een kopie, ik ken hem uit een ver verleden.

(10)(2e) (10)(2e) slaat in haar column in de NRC van zaterdag 2 mei de spijker keihard op de kop.

Ik weet dat er al veel gebeurd waarvan ik niet op de hoogte ben, zie dan dit bericht ook als een teken van meeleven !!

Hartelijke groet,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e) @tbconsult.nl>
Verzonden: zaterdag 2 mei 2020 14:50
Aan: (10)(2e) <(10)(2e) @ggd.amsterdam.nl>
CC: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e) @kncvtbc.org>
Onderwerp: tuberculose- en corona bestrijding

Beste (10)(2e)

Ik laat toch nog even wat van mij horen. Het is goed nieuws dat er nu contact is met het RIVM over bijdrage vanuit de tuberculosebestrijding aan de corona bestrijding !
Uiteraard zijn de modaliteiten verschillend, maar onderliggende principes verschillen minder. Ik denk dat de tuberculosebestrijding met zijn grote ervaring in epidemiologisch goed onderbouwd bron- en contactopsporingsonderzoek (BCO) een waardevolle bijdrage kan leveren.
Dat ontbrak!

Daarnaast denk ik dat ook een bijdrage vanuit onze ervaringen met het risiciogroepenbeleid nuttig kan zijn. Ik denk daarbij b.v. aan de beheersing van corona uitbraken in verpleeghuizen.

Ook denk ik dat we vanuit de ervaringen met clustersurveillance, clustergroeisurveillance en surveillance van tuberculose onder migranten en asielzoekers een bijdrage kunnen leveren.

Tot op heden zou je de aanpak van corona in Nederland (oneerbiedig, dat weet ik) kunnen kenschetsen "oorlogsgeneeskunde" met de ziekenhuizen als prioritair slagveld. Zoals we uit de TB bestrijding weten is dat onvoldoende om een een infectieziekte als corona te bedwingen. Naast de bestaande maatregelen is een veel ruimhartiger testbeleid buiten de ziekenhuizen met een gericht BCO en aangepast risicogroepenbeleid noodzakelijk. Mogelijk dat er op dit terrein al ervaringen zijn opgedaan in de noordelijke provincies. Tot op heden zijn de coronacijfers daar verrassend laag.

Lang geleden, bij de oprichting van het OMT, heb ik ervoor gepleit daarin vanuit de CPT een plaats te reserveren. Dat

heeft het toen niet gehaald. Ik zou ervoor willen pleiten daar, zeker rond de ontwikkeling van het corona BCO, aangepast risicogroepenbeleid en intensivering van de surveillance, nog eens te kijken.
Dat zou ook zeer leerzaam zijn voor de tuberculosebestrijding zelf.

(10)(2e) (10)(2e) ik besef dat het meeste van bovenstaande voor jou bekend terrein is. Maar de zeer passieve houding van de GGD (en zeker ook een afwezige stellingname vanuit de KNCV), brengt me ertoe het op deze wijze bij jou onder de aandacht te brengen

Succes en plezier,
warme groet,
(10)(2e)

Beste (10)(2e)

Lees ook het artikel vandaag in de NRC over contactonderzoek en wat (10)(2e) daar namens de GGD zegt: (laatste zin) "Niemand heeft mij kunnen uitleggen wat het nut van veel contact tracers is". De kou slaat me om het hart ! Hier zou de tuberculosebestrijding een flinke duit in het zakje kunnen doe lijkt me. Voorbeelden: Duitsland (Nieuwsuur van eergisteren), New York (Financial Times van vandaag) en Massachussets (New York Times van gisteren), allemaal met het bron-opsporings en -contactonderzoek van de tuberculosebestrijding als voorbeeld en inspiratie.

To: (10)(2e), (10)(2e)[(10)(2e) @sanquin.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e[(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Sat 5/2/2020 9:19:31 AM
Subject: RE: Sanquin 2000 wekelijks - mogelijkheden
Received: Sat 5/2/2020 9:19:32 AM

Beste (10)(2e)

Je bent mij net voor * . Naar aanleiding van de vraag van (10)(2e) over het aantal weken.

Het idee is dat de wekelijkse meting langer gaat lopen maar voor nu handig om te starten met ca 10 weken. Mooi zou zijn als het aansluit op de eerst volgende Pienter Corona rondes (juni, augustus) zodat we ook dit in samenhang kunnen bekijken en ook daarmee het belang er van kunnen bekijken.

Gr (10)(2e)

From: (10)(2e), (10)(2e) < (10)(2e) @sanquin.nl>
Sent: zaterdag 2 mei 2020 10:52
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: Sanquin 2000 wekelijks - mogelijkheden

Beste Pienter-team-leden en Beste (10)(2e)

-We (Sanquin) kunnen er inmiddels voor zorgen dat 2000 donors/week goed geografisch verspreid zijn.

(10)(2e) kies aub een voorlopig aantal weken dat we het zouden gaan doen.

-Wat betreft de reactieve donors in een wekelijkse meting :

Die herhalen we uiteraard een keer. Plus bijv. Wantai IgM test; plus evt. Euroimmun IgA.

Chique is uiteraard als je, zoals in de Sanquin T1 meting, bij elke positieve donor in archiefmonsters kijkt of (en wanneer) hij/zij seroconverteerde.

NB Dat is wel veel opzoekwerk (menskracht).

Eerst varen op wekelijks rapport met de eenpuntsserologie, incl. de signaalsterkte?

Met hartelijke groeten van (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/8/2020 4:56:49 PM
Subject: RE: COVID -19 - numbers for COVID
Received: Fri 5/8/2020 4:56:49 PM

Heel mooi voor de update over kinderen!

From: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 18:05
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: FW: COVID -19 - numbers for COVID

Ha (10)(2e)
FYI: situatie in Denemarken: nog steeds een afname in ziekenhuisopnames
Vriendelijke groeten,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Sent: vrijdag 8 mei 2020 13:19
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Cc ((10)(2e) <(10)(2e)@dtu.dk>; (10)(2e) <(10)(2e)@dtu.dk>; (10)(2e) < (10)(2e) @sund.ku.dk>
Subject: SV: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e),

I am free today – please feel free to call

We have just made a new report forecasting a number of specified scenarias I enclose the report – sorry that it is in Danish.

Bottom line: Danmark started reopening gradually between the 14th and the 20th op April – we definitely see more movement in people but we are still reducing on the number of newly admitted – the laset week it has been 12-20 per day –mostly declining – Testing is rapidly increasing but the number of positive tests are not increasing – 9 of 3000 two days ago
Furthermore 2 regions have reported a change in hospitalization pattern – the patients have on average shorter hospitalstays…. Change in admittance pattern? Better treatment? or change in the virulence of the virus??

I would very much like to have a 1 hour discussion on the parameters used by us and compare these with what you are using (I cc (10)(2e) and (10)(2e) to this email – (10)(2e) has developed our population model – lasse has an essential role on the data input and (10)(2e) is working on an agent based model)

Best regards

(10)(2e)

Fra: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sendt: 8. maj 2020 10:55
Til: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Emne: RE: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e),
We are following the situation in Denmark closely as we believe we are a few weeks behind in reopening schools. I was wondering whether you have any new updates such as the report from last week (https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/status-for-smittetrykket-i-danmark-29-april-2020)?
Best wishes
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Sent: woensdag 8 april 2020 18:01
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@dtu.dk>
Subject: SV: COVID -19 - numbers for COVID

Yes

Lets try there

Best

(10)(2e)

Fra: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sendt: 8. april 2020 17:45
Til: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@dtu.dk>
Emne: RE: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e)
Tomorrow morning would be fine, would somewhere around 10:00 to 10:30 fit your calendar?
Best
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Sent: woensdag 8 april 2020 17:26
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@dtu.dk>
Subject: SV: COVID -19 - numbers for COVID

Dera (10)(2e)

No problem!

Do youhave holliday tomorrow otherwise we could touch base tomorrow morgning

Best

(10)(2e)

Fra: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sendt: 8. april 2020 16:37
Til: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@dtu.dk>
Emne: RE: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e)
Apologies for letting your invitation drop, it is not always easy to stay in charge of my agenda. I can still talk today, otherwise perhaps over the email?
Best
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Sent: donderdag 2 april 2020 18:01
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e) <(10)(2e)@dtu.dk>
Subject: SV: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e)
I have a go from my Director (10)(2e) (10)(2e) to share the data with you

I suggest we have a TC involving (10)(2e) too where you can specify your questions

For me tomorrow morning is ok (before 13)
Otherwise one of the days Monday-Wednesday next week

Best regards

(10)(2e)

Fra: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sendt: 2. april 2020 11:34
Til: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Emne: RE: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e)
It was really nice to talk to you yesterday.
Through a colleague I obtained a PDF on the epidemic in Denmark (see attachment)
In Figure 3 there is an estimation of the effective reproduction number over time. I believe you mentioned the results of this figure yesterday in our conversation. We have a similar figure for the Netherlands. To be able to compare the effective reproduction numbers for the two countries, one needs a bit more information than given in the document. Could you help us out here? Do you know which algorithm was used to calculate the reproduction number, and which assumptions on the distribution of the generation interval were used? Do you have observations on the distribution of the generation interval or serial interval for Denmark?
Many thanks!
Best
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Sent: woensdag 1 april 2020 15:00
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: SV: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e)

Thanks for coming back to me – yes I am free for a phone call

Best regards

(10)(2e)

Fra: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sendt: 1. april 2020 14:59
Til: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Emne: RE: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e)
Apologies for not getting back immediately. Would you have time to call now (somewhere in between 15:00-16:00).
Best
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Sent: dinsdag 31 maart 2020 17:07
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: SV: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e)

I would be very grateful!

Can I call you ?

My number is +45 (10)(2e)

Best

(10)(2e)

(10)(2e) MD
National AMR (10)(2e)
Statens Serum Institut
Artillerivej 5,
2300 Copenhagen
Phone +45 (10)(2e)
Mobile +45 (10)(2e)

Fra: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sendt: 31. marts 2020 17:00
Til: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Emne: FW: COVID -19 - numbers for COVID

Dear (10)(2e)
Via my colleagues I got your message. I am heading a modelling team at the RIVM, perhaps we can help
Best
(10)(2e) (10)(2e)

Head Unit Modelling of Infectious Diseases |RIVM| Center for Infectious Disease Control |Room (10)(2e) | Mail: P.O. Box (10)(2e) 3720 BA Bilthoven | Visitors: Antonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA, Bilthoven |Netherlands | Email: (10)(2e)@rivm.nl
Professor Modelling Infectious Diseases | Leiden University Medical Center | Department of Biomedical Data Sciences | Room (10)(2e) | Mail: P.O. Box (10)(2e) 2300 RC Leiden | Visitors: Einthovenweg 20, 2333 ZC Leiden |Netherlands | Email: (10)(2e)@lumc.nl

From: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Sent: dinsdag 31 maart 2020 16:17
To: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: FW: COVID -19 - numbers for COVID

Hoi (10)(2e),

Kun jij contact opnemen? Misschien ken je deze persoon wel.

Gr (10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>
Sent: dinsdag 31 maart 2020 15:48
To: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Cc: (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: Re: COVID -19 - numbers for COVID

(10)(2e) (10)(2e) is the contact at RIVM

I copied her on this email. She is very busy though.
@ (10)(2e) this is a colleague form Denmark Staten Serum Institute. He has a question about COVID-19.

(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

Op di 31 mrt. 2020 om 15:29 schreef (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>:
(10)(2e) and I are doing good -Have had some small symptoms cold? Corona? But not with fever or respiratory symptoms

Who should I ask at RIVM – can you give me an email?

Best

(10)(2e)

Fra: (10)(2e) <(10)(2e)@gmail.com>
Sendt: 31. marts 2020 15:26
Til: (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>
Emne: Re: COVID -19 - numbers for COVID

You should ask the RIVM. We have only data from HCWs.

All is well here considering teh circumstances. how are you doing?
(10)(2e)
(10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

Op di 31 mrt. 2020 om 13:48 schreef (10)(2e) <(10)(2e)@ssi.dk>:

Dear (10)(2e)

I hope you and your family are well! – just talked to (10)(2e) – quite nasty story! (10)(2e) told me that you are publishing your data in Eurosurveillance but I could not locate them ?

I am right now heading a Danish modelling team and as we are somewhat behind you in the epidemic I wondered if you could help me with the following data

- Divided in persons elder than 60 years and younger than 60 years
    - Pct of hospital admitted patients that end in ICU
    - Length of stay at ICU
    - Length in hospital in total

Thanks a lot!!

Best regards

(10)(2e)

(10)(2e) MD
(10)(2e)
PHONE +45 (10)(2e)

MOBILE +45 (10)(2e)
(10)(2e)@ICARS-GLOBAL.ORG

ICARS · INTERNATIONAL CENTRE FOR ANTIMICROBIAL RESISTANCE SOLUTIONS
ARTILLERIVEJ 5 · 2300 COPENHAGEN S · DENMARK
WWW.ICARS-GLOBAL.ORG

STATENS SERUM INSTITUT
5 Artillerivej | (10)(2e) Copenhagen S | T +45 (10)(2e) | F +45 (10)(2e) | E (10)(2e)@ssi.dk | W (10)(2e)

STATENS SERUM INSTITUT
5 Artillerivej | (10)(2e) Copenhagen S | T +45 (10)(2e) | F +45 (10)(2e) | E (10)(2e)@ssi.dk | W (10)(2e)

This e-mail, inclusive of attachments, is intended for the person(s) or entity stated above and may contain confidential information. Unauthorised reading, disclosure, copying, distribution or use of this information may violate rights to proprietary information. If you are not an intended recipient, please return this e-mail to the sender and delete your copy. Thank you.

STATENS SERUM INSTITUT
5 Artillerivej | (10)(2e) Copenhagen S | T +45 (10)(2e) | F +45 (10)(2e) | E (10)(2e)@ssi.dk | W (10)(2e)

This e-mail, inclusive of attachments, is intended for the person(s) or entity stated above and may contain confidential information. Unauthorised reading, disclosure, copying, distribution or use of this information may violate rights to proprietary information. If you are not an intended recipient, please return this e-mail to the sender and delete your copy. Thank you.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

STATENS SERUM INSTITUT
5 Artillerivej | (10)(2e) Copenhagen S | T +45 (10)(2e) | F +45 (10)(2e) | E (10)(2e)@ssi.dk | W (10)(2e)

STATENS SERUM INSTITUT
5 Artillerivej | (10)(2e) Copenhagen S | T +45 (10)(2e) | F +45 (10)(2e) | E (10)(2e)@ssi.dk | W (10)(2e)

This e-mail, inclusive of attachments, is intended for the person(s) or entity stated above and may contain confidential information. Unauthorised reading, disclosure, copying, distribution or use of this information may violate rights to proprietary information. If you are not an intended recipient, please return this e-mail to the sender and delete your copy. Thank you.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

STATENS SERUM INSTITUT
5 Artillerivej | (10)(2e) Copenhagen S | T +45 (10)(2e) | F +45 (10)(2e) | E (10)(2e)@ssi.dk | W (10)(2e)

This e-mail, inclusive of attachments, is intended for the person(s) or entity stated above and may contain confidential information. Unauthorised reading, disclosure, copying, distribution or use of this information may violate rights to proprietary information. If you are not an intended recipient, please return this e-mail to the sender and delete your copy. Thank you.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic

---

STATENS SERUM INSTITUT
5 Artillerivej | (10)(2e) Copenhagen S | T +45 (10)(2e) | F +45 (10)(2e) | E (10)(2e)@ssi.dk | W (10)(2e)

STATENS SERUM INSTITUT
5 Artillerivej | DK-2300 Copenhagen S | T +45 (10)(2e) | F +45 (10)(2e) | E (10)(2e)@ssi.dk | W ssi.dk

---

This e-mail, inclusive of attachments, is intended for the person(s) or entity stated above and may contain confidential information. Unauthorised reading, disclosure, copying, distribution or use of this information may violate rights to proprietary information. If you are not an intended recipient, please return this e-mail to the sender and delete your copy. Thank you.

Onderzoek onder 90.000 mensen laat zien:

De 1,5 meter maatschappij kan alleen samen

Persoonlijke hygiënemaatregelen, zoals het niet meer geven van een hand, of het gebruik van papieren zakdoekjes zien de meeste Nederlanders niet als een probleem. Zoveel mogelijk thuis blijven, anderhalve meter afstand bewaren en niet op bezoek bij 70-plussers zijn de lastigste opgaven, zeker op de lange termijn. Dat blijkt uit een grootschalig onderzoek van de RIVM-gedragsunit en GGD-en onder 90.000 mensen.

Sinds half maart gelden in ons land diverse gedragsregels die erop gericht zijn het aantal contacten met anderen te reduceren (bijvoorbeeld 1,5 meter afstand houden). De regels moeten er verder toe bijdragen dat tijdens contacten met anderen het coronavirus niet wordt overgedragen (hygiënemaatregelen). Als mensen denken dat de gedragsregels helpen om besmettingen van zichzelf of anderen te voorkomen kan dit hun motivatie versterken. Echter, de huidige situatie vraagt ook veel van mensen: ze beperken onze vrijheid en mogelijkheden. Dit kan impact hebben op onze mentale, fysieke, en sociale gezondheid. En op de verwachting hoe lang mensen de maatregelen steunen. Deze inzichten helpen de overheid om burgers beter te kunnen ondersteunen en informeren om de gedragsregels op te blijven volgen.

Het onderzoek van RIVM en GGD-en laat zien dat het niet meer handen schudden de meest makkelijk na te leven regel is. Liefst 99,5 procent zegt geen handen meer te schudden. Ook het niet bezoeken van mensen met een kwetsbare gezondheid (85 procent), het in de elleboog niezen (75 procent) en het gebruik van papieren zakdoekjes (73 procent) lukt over het algemeen goed. Meer dan 10 keer per dag handen wassen blijkt veel lastiger te realiseren (42 procent).

1,5 meter afstand

Een belangrijke maatregel, het op 1,5 meter afstand blijven van elkaar, laat een meer complex beeld zien. Zo'n tweederde van de ondervraagden geeft aan dat er nooit of zelden iemand binnen 1,5 meter afstand komt bij het ontvangen van bezoek of bij het halen van een frisse neus. Maar bij het boodschappen doen en op het werk ligt dit percentage – zelfs in deze rustige tijden -een stuk lager: eenderde van de mensen geeft aan dat er dan zelden of nooit iemand binnen de 1.5 meter komt. De 1,5 meter afstand regel blijkt dus soms lastig te realiseren.

Kans om corona te krijgen of door te geven

Dat het onwaarschijnlijk is om zelf te worden besmet met corona denkt 28 procent. Daarentegen geeft 17 procent aan dat het waarschijnlijk is dat ze de ziekte oplopen. De helft van de mensen geeft aan het ernstig te vinden als ze besmet worden. Bijna iedereen (90 procent) zou het (heel) erg vinden als ze het virus doorgeven aan een ander.

Maatregelen helpen

De meeste mensen denken dat de maatregelen helpen om het virus in te dammen. Slechts 1 tot 5 procent denkt dat de maatregelen niet of nauwelijks helpen. De maatregelen waarvan de mensen het meeste verwachten zijn het niet meer handen schudden (90 procent) gevolgd door thuisblijven bij verkoudheid (89 procent).

Ongeveer 80 procent van de ondervraagden geeft aan dat ze de gedragsregels (heel) makkelijk kunnen opvolgen, met name de hygiëneregels. Een stuk lastiger hebben de mensen het met het op afstand blijven van anderen en het niet bezoeken van anderen.

Welzijn en Leefstijl

Hoe lukt het mensen om met deze tijden om te gaan? Ongeveer de helft van de mensen geeft aan geen verandering te zien in hoe somber, angstig, gestrest of eenzaam ze zijn ten opzichte van de periode voor corona. Ruim een derde geeft aan veel meer angstig, somber, gestrest en eenzaam te zijn geworden. Ongeveer 20 procent heeft meer slaapproblemen dan voorheen.

De meeste mensen (73 procent) geven aan dat ze hetzelfde eetpatroon hanteren als voor de coronacrisis. Met sport en bewegen ligt dat anders: 53 procent geeft aan (veel) minder te bewegen. Van de rokers is 28 procent (veel) meer gaan roken en 12 procent juist minder.

Vertrouwen in Nederlandse aanpak

Zes op de tien mensen zegt vrijwel iedere dag met anderen te praten over de Nederlandse aanpak. Bijna 60 procent is er (zeer) positief over, 10 procent is zeer negatief. 69 procent heeft (veel) vertrouwen in de Nederlandse aanpak, 6 procent (helemaal) niet. Nederland doet het volgens 52 procent (veel) beter dan andere landen.

Het draagvlak voor de maatregelen op langere termijn neemt af als het nog langere tijd moet worden volgehouden. De anderhalve meter in acht nemen tot eind juni lukt 80 procent, volgens eigen inschatting. Tot eind oktober staat nog 60 procent achter dit beleid. Als de maatregelen nog tot eind oktober duren is er wel een substantiële daling in draagvlak te zien bij het beperken van bezoek (45% afname), het niet bezoeken van mensen met een meer kwetsbare gezondheid (38% afname) en uitreizen naar het buitenland (24% afname).

Het RIVM doet samen met de GGD-en onderzoek naar de invloed van de maatregelen op het dagelijks leven. Dit onderzoek wordt de komende periode elke twee weken herhaald. Aan dit onderzoek hebben 90.000 mensen van 16 jaar en ouder meegedaan. (10)(1c)

(10)(1c)

Quotation

Promatrix B.V.
Nijverheidsbuurt 13c
3474 LA Zegveld
Netherlands
Phone 0348 (10)(2e)
E-mail (10)(2e)@promatrix.nl
Website www.promatrix.nl
VAT NL001387406B01
CoC 30088605
IBAN N (10)(2e)

BPO Nederland bv
Scheepsmakerij 11
2628 AA Delft

City	:	Zegveld
Date	:	19-05-2020
Concerns	:	200514 5105_Cartridge_packaging_th
Our reference	:	Q00548

Dear Mr. (10)(2e) (10)(2e)

Thank you for your request, hereby you receive our quotation:

Article no. | Client article no. Description	Qty.	Unit	Unit price	Total amount
A701463 | 200514 5105 Processing-Cartridge	50.000	Pcs	6,45	322.500,00

The productprice is based on the BPO document; 200514 5105_Cartridge_packaging_th and a minimum of 50.000 parts.

The productprice is put together from a view elements:
- The production of the part is € 4,00 for each part. This is based on the cycle time of the machine, 1,5 person needed during the production (for the handling, quality control, packaging etc.), the material, packaging and labelling material.
- We also add a surcharge of € 1,25 on each part for the mould costs. We quoted the mould for € 45.000,- but the real costs are around € 100.000,- and still counting. We add € 1,25 on each part for the additional mould costs.
- We also need to add a surcharge for making the cleanroom and automation of the production area. We suspect the costs are around € 60.000,-. For 50.000 parts this means € 1,20 for each part.

At this moment we think the cleanroom with production area will contains a robot that pick the product from the machine. We will have to make some adjustments to the machine and the current robot. The robot will pick the part from the machine, put the part in a leak tester and place it in a buffer zone. A employee will take the part and weight the part and add a label. After the production of 3 correct parts place them in a bag and place the bag in a box.

Total	:	€ 322.500,00
Lead time	:	4 to 6 weeks
Delivery condition	:	EXW (Ex Works)
Payment condition	:	Payment within 30 days after invoice date
Payment terms	:	Based on delivery

We trust to have informed you sufficiently and will execute the order with care.

Quotation

Kind regards,
Promatrix B.V.

(10)(2e) (10)(2e)

288657

To: (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e)((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))
Sent: Fri 5/1/2020 6:26:26 AM
Subject: FW: beschermingsmiddelen
Received: Fri 5/1/2020 6:26:26 AM
beschermingsmiddelenb.docx
BCG oefening.pdf

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 30 april 2020 23:13
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: FW: beschermingsmiddelen

Nog even fiks zitten puzzelen met (10)(2e)

Gr. (10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
Verzonden: donderdag 30 april 2020 23:09
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (SG) < (10)(2e) @minfin.nl>; (10)(2e), (10)(2e) < (10)(2e) @minbzk.nl>
Onderwerp: beschermingsmiddelen

Goedenavond (10)(2e)

Hierbij een denklijn welke mitigerende en verzekerende maatregelen we kunnen nemen met het oog op voldoende medische beschermingsmiddelen voor de zorg in het geval er een kabinetsbesluit komt over community maskers. Hoor graag je reactie/vervolgvragen, zowel met oog op Catshuissessie zondag als besluitvorming volgende week. In de attach tevens twee slides die (10)(2e) heeft laten maken door BCG die een cijfermatige indruk geven over max. getallen bij preventief gebruik beschermingsmiddelen in de zorg.

Verder zijn er morgen zoals (10)(2e) vanavond al aangaf verschillende departementen die bezig zijn met initiatieven voor mondkapjes. Daarover is morgenochtend interdepartementaal overleg (wie is wat aan het doen).

Groet,

(10)(2e)

To: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e) . (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
Sent: Sun 5/24/2020 7:57:19 AM
Subject: Marjolein CC email: Intern of uitgaand stuk betreffende 'de berichtendat verpleeghuizen al vroeg wilden testen maar werden geweigerd en datouderen het aflegden in de strijd om aandacht (zaaknummer: 205151)'
Received: Sun 5/24/2020 7:57:20 AM
Beantwoording Kamervraag 2020-05-11 13_27_36.docx

Beste (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

@(10)(2e) neem het jou zeker niet kwalijk hoor want hebt het ook weer van anderen moeten aftappen, maar vrees dat ik toch nog opmerkingen heb bij de kamervragen, vooral tav chronologie van testbeleid. Als ik Verenso en RIVM websites pak kom ik nadere data tegen, en dat zijn meestal publicatiedata, terwijl er in de tussentijd natuurlijk ook allemaal werk verricht is, ook in tweede helft van maart.

Sinds deze kamervragen zijn we op VWS aan de slag gegaan met narratief en het goed vertellen wanneer wat waarom is gebeurd wordt steeds belangrijker. Eigenlijk doe je met deze vragen een voorschot op die discussie, sterker nog: het is bijna een samenvatting van het langere verhaal. Politiek des te belangrijker, vandaar dat ik ook even extra kritisch ben.

Ik zal in crisisstaf maandag er ook even extra aandacht voor vragen, al was het alleen maar omdat deze vragen voor volgende debat naar buiten zouden moeten.

(10)(2e)

Collega,

Bijgaand treft u ter informatie documenten / linkje naar de zaak aan, betreffende
'de berichten dat verpleeghuizen al vroeg wilden testen maar werden geweigerd en dat ouderen het aflegden in de strijd om aandacht (zaaknummer: (10)(2g))'

Indien de linkjes in dit emailbericht niet functioneren, is het mogelijk dat de stukken zich bevinden onder een vertrouwelijk dossier waarvan u geen dossierwerker bent. Neem in dat geval contact op met de dossiereigenaar.

Klik hier om naar de zaak te gaan

Met vriendelijke groet,
(10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e) (10)(2e))

To: (10)(2e) (10)(2e)) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e))
Sent: Thur 5/7/2020 10:01:14 AM
Subject: Bezoek ouderen thuis bij verruiming maatregelen adviesvraag OMT 11mei
Received: Thur 5/7/2020 10:01:15 AM
Bezoek ouderen thuis bij verruiming maatregelen adviesvraag OMT 11mei.docx

(10)(2e)
Hierbij voorzet.
Eventueel zouden we nog iets op kunnen nemen over het beperken van het aantal mensen die de oudere bezoekt. (Zodat niet iedereen langs gaat komen).
Groet,
(10)(2e)

288669

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Communicatie
Media en optredens

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
(10)(2e)
(10)(2e) *Externe Presentaties minister De Jonge*

T 070 (10)(2e)
M +31(0)6 (10)(2e)
(10)(2e) @minvws.nl

Datum
20 mei 2020

Aantal pagina's
6

memo

Werkbezoek GGD-GHOR

Beste Hugo,

Maandagmiddag breng je een bezoek aan GGD Regio Utrecht in Zeist en spreek je aansluitend met een afvaardiging van GGD-GHOR Nederland in Utrecht. Tijdens beide onderdelen van het bezoek staat de opschaling naar de grootschalige test- en BCO-operatie centraal.

Bij de GGD Regio Utrecht, locatie Zeist spreek je met verschillende professionals die zich bezighouden met het bron- en contactonderzoek. Hoe gaat dat in zijn werk op de werkvloer, waar is soms nog moeilijk en wat gaat juist heel goed en hoe wordt de nazorg vanuit de GGD ingericht? De verwachting is dat de opschalingsoperatie op locatie nog maar beperkt zichtbaar te maken is.

Bij het hoofdkantoor van GGD-GHOR Nederland in Utrecht vindt vervolgens het bestuurlijke gesprek plaats; je wordt welkom geheten door (10)(2e) Vondervoort (voorzitter GGD GHOR Nederland). Tijdens het gesprek met staat de volgende vraag centraal: *'Kunnen we samen concluderen dat we gaan voor 1 juni: iedereen testen met klachten, en wanneer nodig opgevolgd door BCO?'*

Bijgevoegd vind je ter voorbereiding heel beknopt:
- **Bijlage 1: Programma en pers**
- **Bijlage 2: Overzicht van aanwezigen**
- **Bijlage 3: Achtergrondinformatie**

Bij het eerste deel van het bezoek (Zeist) wordt je vergezeld door Axel en (10)(2e) (10)(2e). In Utrecht is vervolgens een bredere delegatie vanuit VWS aanwezig. O.a. (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e) (10)(2e) zijn daar dan bij aanwezig.

Met hartelijke groet, ook namens (10)(2e) (10)(2e).

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Bijlage 1: Programma en pers

Deel 1 – GGD Regio Utrecht, locatie Zeist	
14:00 uur – 14:05 uur	**Welkom en ontvangst** Door (10)(2e) (10)(2e), directeur Publieke Gezondheid bij GGD Regio Utrecht.
14:05 uur – 14:25 uur	**Gesprek met professionals** Met verschillende betrokken professionals die op de locatie Zeist werken aan (onder meer) het bron- en contactonderzoek.
14:25 uur – 14:30 uur	**Afscheid en vertrek** Je reist vanaf Zeist door naar het hoofdkantoor van GGD-GHOR
Deel 2 – GGD GHOR Nederland, hoofdkantoor te Utrecht	
14:50 uur – 15:00 uur	**Welkom en ontvangst** Bij de ingang wordt je opgevangen door (10)(2e) Vondervoort. Samen lopen jullie naar de zaal op de 2e etage.
15:00 uur – 15:30 uur	**Opschaling BCO en testen: stappenplan en planning** In aanwezigheid van een brede GGD-delegatie (zie bijlage →**2**) en onder voorzitterschap van dhr. Vondervoort wordt een presentatie gegeven over het stappenplan en de planning rond de opschaling van het BCO en het testen.
15:30 uur – 15:45 uur	**Vervolggespek opschaling BCO en testen** Aansluitend spreek je met de aanwezigen door over deze opschalingsoperatie.
15:45 uur	**Afsluiting en vertrek**

Pers en communicatie
Er wordt nog bekeken welke pers aanwezig kan zijn bij het eerste deel van het bezoek (Zeist). (10)(2e) zal sowieso zorg dragen voor enkele foto's en filmpjes die gebruikt kunnen worden op social. Het gesprek in Utrecht leent zich veel minder voor het maken van beeldmateriaal.

288669

Bijlage 2: Overzicht van aanwezigen

In Zeist aanwezig



(10)(2e) (10)(2e)
Directeur Publieke Gezondheid GGD Regio Utrecht
Was tot 2016 dPG in de regio IJsselland (Overijssel) en bekleedde daarvoor o.a. verschillende managementfuncties bij Vitens. In een recent krantenartikel benadrukt ze haar voorliefde voor opvallende schoenen.



Jaap Donker
Directeur GGD Regio Utrecht
Donker heeft een achtergrond binnen verschillende gemeentelijke organisaties en GGD Gelderland-Zuid. Sinds januari dit jaar is hij als directeur werkzaam bij GGD Regio Utrecht.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) @ (10)(2e)
Arts infectieziektebestrijding
Studeerde in Maastricht, liep onder meer stage in Indonesië, werkte in enkele ziekenhuizen en is nu reeds 4,5 jaar werkzaam bij GGD Regio Utrecht.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) @ (10)(2e)
Arts infectieziektebestrijding
(10)(2e) heeft geneeskunde gestudeerd aan de Universiteit van Utrecht. Begin 2011 rond ze de eerste fase van de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid af, profiel infectieziektebestrijding. Nu is ze al geruime tijd werkzaam bij GGD Regio Utrecht, en als onderzoeker.

In Utrecht aanwezig

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Voorzitter GGD GHOR Nederland
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) is een PvdA-bestuurder en was een van de vijf vrouwelijke staatssecretarissen in het eerste kabinet-Kok. Ze maakte carrière in de Groningse gemeentepolitiek als wethouder van onderwijs en cultuur en later van financiën en P&O. Daarna werd ze staatssecretaris van Binnenlandse Zaken, belast met de bestuurlijke reorganisatie en financiën lagere overheden.



(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
DPG GGD Hollands Midden
De Gouw is voor GGD GHOR Nederland aangesteld als portefeuillehouder Infectieziektebestrijding. Naast DPG is Sjaak ook Algemeen Directeur van de RDOG Hollands Midden.

Secretaris Generaal / plv.
Secretaris Generaal
Directie Communicatie
Media en optredens

Datum
20 mei 2020

(10)(2e)

(10)(2e)
DPG GGD Fryslân
(10)(2e) (10)(2e) is voor GGD GHOR Nederland aangesteld als portefeuillehouder Bron- en Contactonderzoek corona, en Monitoring corona. Sinds juni 2015 is (10)(2e) Directeur Publieke Gezondheid bij GGD Fryslân. (10)(2e) (10)(2e) was daarvoor, sinds 2008, directeur van Zorgbelang.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Adjunct DPG GGD Amsterdam
(10)(2e) is voor GGD GHOR Nederland aangesteld als portefeuillehouder Testen. Eerder was hij 19 werkzaam bij GGD Rivierenland. Woldman studeerde geneeskunde in Amsterdam.



Hugo Backx
Directeur GGD GHOR Nederland
Hugo Backx is sinds 1 maart 2014 directeur van GGD en GHOR Nederland. Voorheen was Hugo Backx directeur publieke gezondheid (DPG) Brabant Noord, algemeen directeur GGD Hart voor Brabant en lid van de directie van GGD West Brabant.

(10)(2e)

(10)(2e)
Projectdirecteur Corona GGD GHOR Nederland
Was de afgelopen 11 jaar werkzaam bij de gemeente Utrecht, onder meer als directeur Sociaal Domein en directeur Maatschappelijke Ontwikkeling. Bekleed een nevenfunctie bij het Nederlands Jeugdinstituut.

(10)(2e)

(10)(2e)
Programmamanager Bron- en Contactonderzoek
Was voorheen vanuit de Gemeente Utrecht projectdirecteur voor de Tourstart en La Vuelta Holanda.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Programmamanager Testen
Ruijten (1960) is toxicoloog, epidemioloog en GAGS. Na een opleiding en promotie op het gebied van arbeid en gezondheid is hij geland in Rotterdam; bij de GGD en later de GHOR raakte hij geïnteresseerd chemische incidenten. Nu werkt hij voor GGD GHOR Nederland als programmamanger Testen.

(10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e)
Arts M&G Infectieziektenbestrijding
(10)(2e) is Arts maatschappij & gezondheid, gespecialiseerd in infectieziekten en epidemioloog. Als teamhoofd van de GGD in Amsterdam verscheen ze regelmatig op tv. (10)(2e) is voorzitter van het Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI) en vast lid van het Outbreak Management Team.

Secretaris Generaal / plv. Secretaris Generaal
Directie Communicatie
Media en optredens

Datum
20 mei 2020

Bijlage 3: Achtergrondinformatie

Kort de actuele stand van zaken op het terrein van BCO én testen, en enkele suggesties voor vragen die zowel in het eerste (testen en BCO in de praktijk) als in het tweede deel (bestuurlijk gesprek) van het werkbezoek door u aan de orde kunnen worden gebracht.

Bron- en contactonderzoek (BCO)

- De GGD voert bij een melding van een besmetting BCO uit, zodat contacten geïdentificeerd en actief geïnformeerd worden over de blootstelling en de risico's op besmetting. Ook worden ze gewezen op de maatregelen om verdere verspreiding te voorkomen.
- Normaliter hebben de GGD'en 250 fte beschikbaar voor BCO , op dit moment is dit reeds opgeschaald naar 670 fte.
- Vorige week heeft de GGD op ons verzoek een opschalingsplan voor de uitvoering van het BCO gepresenteerd.
- Elk van de 25 GGD'en schaalt in de eigen regio per 1 juni het aantal personen dat beschikbaar is voor het BCO op naar een gezamenlijk aantal van 800 fte. Hiermee zijn ze voorbereid op het scenario, waarin 2% van de uitgevoerde tests positief (besmetting) is.
- Om ook een mogelijk grotere vraag naar aan te kunnen, richten de GGD'en landelijk een flexibele schil in die opschaling (binnen 24 uur) mogelijk maakt tot 3200 fte Hiermee zijn ze ook op het maximale voorbereid.

- In samenspraak met de GGD'en heeft het RIVM het protocol voor BCO aangepast.
  - Zo is verduidelijkt dat ook de nauwe contacten allemaal zowel mondeling als schriftelijk op de hoogte worden gesteld.
  - Daarnaast zijn in het protocol ook afspraken opgenomen over het nabellen van contacten die voortgekomen zijn uit het BCO. Iedereen zal in ieder geval gebeld worden op de eerste dag, rond dag zeven en op de laatste dag.
  - Specifieke groepen kunnen vaker worden gebeld om de kans op naleving van de adviezen te vergroten. Op deze manier kunnen de GGD'en actief zicht houden op de naleving van de gemaakte afspraken en op de hoogte blijven van relevante ontwikkelingen met betrekking tot ziekteverschijnselen.

Suggesties voor vragen BCO

- U kunt de GGD vragen welke stappen inmiddels gezet zijn om de opschaling, regionaal en in de landelijke flexibele schil, voor mekaar te boksen;
- U kunt de GGD vragen welke organisaties gebruikt worden bij het invullen van de flexibele landelijke schil (eerder was sprake van ondermeer politie en rode kruis);
- U kunt de GGD vragen hoe het de kwaliteitsbewaking denkt in te richten. Als het grote aantallen worden en de overloop naar de landelijke flexibele schil wordt groter is juiste dienstverlening belangrijk (twitterberichten willen we voorkomen).

Testen

- Afgelopen week bleek dat het webportal voor het aanmelden voor een GGD-test pas eind juni gereed zou zijn.
- De GGD'en hebben om 6 mln euro gevraagd om ter overbrugging een landelijk telefoonnummer en callcenter in te richten.
- De GGD laat onzekerheid bestaan of het lukt om het telefoonnummer op 1 juni werkzaam te hebben, en hint op uitstel met enkele dagen.
- De publiekscampagne wordt voorbereid maar gaat pas de lucht in als het landelijke telefoonnummer 'live' is.

Suggesties voor vragen testen

- U kunt vragen of de GGD'en wel klaar zijn om vanaf 1 juni voor iedereen met klachten via de lokale ingangen een afspraak in te plannen en een test af te nemen.
- U kunt vragen of de opschaling naar 80 testlocaties per 1 juni een feit is.
- U kunt vragen hoe de GGD de inrichting van het landelijk callcenter voor zich ziet: wanneer is het operationeel, welke organisaties worden betrokken, hoe worden bellers opgeleid, welk nummer wordt gebruikt, etc.
- U kunt vragen welke ambitie de GGD heeft in de slag van single channel (bellen) naar multichannel (+ portaal). Mogelijk blijven veel mensen bellen, en de overgang moet in 1 keer lukken.
- U kunt de GGD vragen hoe ze de kwaliteitsbewaking denken in te richten. Als het grote aantallen worden en de overloop naar het landelijk callcenter wordt groter is juiste dienstverlening belangrijk (twitterberichten willen we voorkomen)

To: Jonge, H.M. de (Hugo)[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; Blokhuis,P. (Paul)[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
Cc: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e)@minvws.nl[(10)(2e)@minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e).[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))[(10)(2e) @minvws.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e))
Sent: Thur 5/28/2020 3:39:16 PM
Subject: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heerLeonard Geluk en Minister Hugo de Jonge
Received: Thur 5/28/2020 3:39:18 PM
[Bijlage 2 - Amsterdam overzicht indicatoren voor monitoring impactCovid 19.pdf]
[bijlage 1 inzet op 5 thema's nav Halsema2.docx]
[Overleg VWS-VNG 29 mei2.docx]

Beste mensen,

Hierbij conform afspraak de stukken voor het overleg morgen met Halsema en Geluk.

Alles work in progress… Ik stuur de gemeenten alleen de aangepaste document. Niet de nota

Vriendelijke Groet,

(10)(2e)

mw. ir. (10)(2e) (10)(2e) | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
Directeur Jeugd |
Parnassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag |
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
Telefoon: 070- (10)(2e) (10)(2e)@minvws.nl |
secretariaat: mail: (10)(2e)@minvws.nl

Elk kind heeft het recht om gezond en kansrijk, op te groeien. Elk kind heeft het recht om zich te kunnen scholen en te ontwikkelen, ondanks beperkingen. En elk kind heeft het recht zich beschermd te weten bij onveiligheid. En elke jong volwassene verdient het om goed op weg te worden geholpen naar een zeker en zelfstandig bestaan. We gunnen elk kind dat niet meer thuis kan wonen een jeugd in een omgeving die zoveel mogelijk lijkt op een gezin en zoveel mogelijk in het netwerk van het oorspronkelijke gezin. En bij problemen moet een kind goed worden geholpen en kunnen terugvallen op een mentor of coach die hij of zij vertrouwt

uit het programma "zorg voor de jeugd"

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 16:47
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Oké, voor de stas graag mailen naar (10)(2e) en mij. Veel dank alvast!

Verzonden met BlackBerry Work(www.blackberry.com)

Van: "(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))" <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: 28 mei 2020 16:30
Naar: "(10)(2e), (10)(2e)." <(10)(2e)@minvws.nl>; "(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))" <(10)(2e)@minvws.nl>
Cc: "(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))" <(10)(2e)@minvws.nl>; "(10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))" <(10)(2e)@minvws.nl>; "(10)(2e) ((10)(2e). ((10)(2e))" <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Dag (10)(2e)

De SG heeft vanmiddag nog tijd gegeven aan andere departementen voor input. Daarmee is het wat vertraagd.We hebben een versie die Marion zo nog moet afstemmen met SG. Pas daarna kan deze worden verzonden. Ik schat in dat het een verzending via de mail moet worden.

We houden jullie op de hoogte.

Groeten,

(10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 16:28
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e)((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

(10)(2e) en (10)(2e) kunnen jullie hierop reageren

(10)(2e)
Managementondersteuner directie Jeugd

06 (10)(2e) | (10)(2e)@minvws.nl
Afwezig op (10)(2e)
Bij afwezigheid graag mailen naar: (10)(2e)@minvws.nl
....
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

---

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 16:27
Aan: (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Weet je al iets meer over de notitie?
We hebben nog niets ontvangen.

Groetjes,

(10)(2e)

Van: (10)(2e) , (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 12:13
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Geweldig dank voor jullie hulp

(10)(2e)
Managementondersteuner directie Jeugd

06 (10)(2e) | (10)(2e)@minvws.nl
Afwezig op (10)(2e)
Bij afwezigheid graag mailen naar: (10)(2e)@minvws.nl
………………………………………………………………
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 11:43
Aan: (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Beste (10)(2e)

Hierbij reactie op onderstaande mailwisseling. De notitie kan gemaild worden naar mij ((10)(2e) en (10)(2e) Wij printen de notitie uit en brengen het naar het secretariaat van de minister.

Mocht je nog vragen hebben, dan hoor ik het graag.

Bij voorbaat veel dank!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

Coördinator Digitale Balie en allround medewerker stukkenstroom
Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Postbus 20350, 2500 EJ Den Haag
T 06 (10)(2e) | E (10)(2e)@minvws.nl

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 11:33
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: FW: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Hoi (10)(2e)

Ik weet niet of jij deze mail ook hebt gekregen, maar zit nogal spoed achter.

Ik hoor het graag van je,

Groetjes
(10)(2e)

Verzonden met BlackBerry Work(www.blackberry.com)

Van: "(10)(2e), (10)(2e)." <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: 28 mei 2020 10:18
Naar: "(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))" <(10)(2e)@minvws.nl>; "(10)(2e), (10)(2e)." <(10)(2e)@minvws.nl>
Cc: "(10)(2e), (10)(2e)." <(10)(2e)@minvws.nl>; "(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))" <(10)(2e)@minvws.nl>; "(10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))" <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: FW: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema; de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Ha (10)(2e) en (10)(2e)

Ik mail jullie even apart (omdat ik digitalebalie emailadres niet kan vinden, sorry ☹).

Er moet een notitie geprint worden voor Minister, zie mailwisseling hieronder.
Wij zijn helaas niet op kantoor, mag niet.

Gaat niet in Marjolein vanwege tijdsdruk.

Mijn vraag is kunnen jullie dit printen als dat gemaild gaat worden? Wij verwachten dat het stuk rond 16.00 uur gemaild gaat worden.
En welk emailadres kunnen we dan gebruiken??

Hoor het heel graag.
Alvast dank.

(10)(2e)
Managementondersteuner directie Jeugd

06 (10)(2e) | (10)(2e)@minvws.nl
Afwezig op (10)(2e)
Bij afwezigheid graag mailen naar: (10)(2e)@minvws.nl
....
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

---

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 09:48
Aan: _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Leggen jullie zelf contact met de Digibalie?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
secretaresse minister Hugo de Jonge

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken |

Parnassusplein 5 | 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
+31 (10)(2e) +31 (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |
Bij VWS geldt een legitimatieplicht voor de toegang tot het ministerie. Dit betekent dat bij uw bezoek aan VWS om geldige legitimatie wordt gevraagd voor u het pand verder kunt betreden. Graag vraag ik uw aandacht hiervoor. Alvast bedankt voor de medewerking.

Van: _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 09:47
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

We zijn niet op kantoor dus dat wordt een lastige. Kunnen wij digibalie vragen te printen???
Wij mogen het gebouw niet binnen ☺

(10)(2e)
Managementondersteuner directie Jeugd

06 (10)(2e) | (10)(2e)@minvws.nl
Afwezig op (10)(2e)
Bij afwezigheid graag mailen naar: (10)(2e)@minvws.nl
……………………………………………………………
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 09:41
Aan: _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; DienstpostbusDGLZ <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Ha (10)(2e)

Ook als het niet via Marjolein gaat, wel graag geprint ten behoeve van de tas, dank!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
secretaresse minister Hugo de Jonge

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken |
Parnassusplein 5 | 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
+3170 (10)(2e) +316 (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |
Bij VWS geldt een legitimatieplicht voor de toegang tot het ministerie. Dit betekent dat bij uw bezoek aan VWS om geldige legitimatie wordt gevraagd voor u het pand verder kunt betreden. Graag vraag ik uw aandacht hiervoor. Alvast bedankt voor de medewerking.

Van: _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 09:26
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; DienstpostbusDGLZ <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))

< (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Beste allen,

Zojuist afgesproken i.v.m. tijdsdruk en nog interdepartementale afstemming zal er een notitie worden rondgemaild aan de betrokkenen.
Dus deze keer niet in Marjolein.

(10)(2e): akkoord???

(10)(2e)
Managementondersteuner directie Jeugd

06 (10)(2e) | (10)(2e) @minvws.nl
Afwezig op (10)(2e)
Bij afwezigheid graag mailen naar: (10)(2e) @minvws.nl
………………………………………………………………

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Parnassusplein 5 | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 09:22
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS < (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e))
< (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) @minvws.nl; DienstpostbusDGLZ < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
< (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Dank (10)(2e)

(10)(2e) volgen de stukken via Marjolein? De tas van de stas sluit vandaag om 15.00 uur.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
Secretaresse Staatssecretaris Blokhuis
T 070 (10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 09:18
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) @minvws.nl; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS < (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl>; DienstpostbusDGLZ < (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
< (10)(2e) @minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Jazeker!

De stukken komen via (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

De Stas. wordt inderdaad op zijn mobiel ingebeld (heb jij ter check nog even zijn nummer voor mij?)

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
secretaresse minister Hugo de Jonge

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken |
Parnassusplein 5 | 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
+3170 (10)(2e) +316 (10)(2e) (10)(2e) @minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |
Bij VWS geldt een legitimatieplicht voor de toegang tot het ministerie. Dit betekent dat bij uw bezoek aan VWS om geldige legitimatie wordt gevraagd voor u het pand verder kunt betreden. Graag vraag ik uw aandacht hiervoor. Alvast bedankt voor de medewerking.

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Verzonden: donderdag 28 mei 2020 09:09
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e) (10)(2e)@minvws.nl>; DienstpostbusDGLZ <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Hoi (10)(2e)

Mag ik morgen 8.30-9.00 uur definitief in de agenda noteren?
Zijn hier stukken voor en wordt de stas op zijn mobiel ingebeld?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
Secretaresse Staatssecretaris Blokhuis
T 070 (10)(2e)

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdam.nl>
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 15:44
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e)@vng.nl; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>; DienstpostbusDGLZ <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; Lam, Shirley <(10)(2e)@amsterdam.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Goedemiddag (10)(2e)

08:30 uur a.s. vrijdag is akkoord.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
Secretaresse Kabinet burgemeester

Gemeente Amsterdam

T 020-(10)(2e)
E (10)(2e)@amsterdam.nl

Amstel 1, 1011 PN Amsterdam

Werkdagen: (10)(2e)

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) [(10)(2e)@minvws.nl]
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 15:30
Aan: Graaman, Jeanette
CC: (10)(2e)@vng.nl; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)); (10)(2e)@minvws.nl; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS; DienstpostbusDGLZ; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)); (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)); (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)); Lam, Shirley
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge
Urgentie: Hoog

Beste (10)(2e)

Mag ik, bij afwezigheid van (10)(2e) onderstaande vraag bij jou uitzetten alsjeblieft?

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
secretaresse minister Hugo de Jonge

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken |
Parnassusplein 5| 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
+3170(10)(2e) +316 (10)(2e) (10)(2e)@minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |
Bij VWS geldt een legitimatieplicht voor de toegang tot het ministerie. Dit betekent dat bij uw bezoek aan VWS om geldige legitimatie wordt gevraagd voor u het pand verder kunt betreden. Graag vraag ik uw aandacht hiervoor. Alvast bedankt voor de medewerking.

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e))
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 15:25
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdam.nl>
CC: (10)(2e)@vng.nl; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>; DienstpostbusDGLZ <(10)(2e)@minvws.nl>; Graaman, Jeanette <(10)(2e)@amsterdam.nl>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge
Urgentie: Hoog

Beste (10)(2e)

Hartelijk dank voor jouw onderstaande bericht van hedenochtend.

Inmiddels heb ik het verzoek ontvangen of deze telefonische afspraak ook om 8.30 uur zou kunnen plaatsvinden:

Zou dat vervroegde tijdstip wellicht ook nog mogelijk kunnen worden gemaakt in de agenda van Burgemeester Halsema?

Bij voorbaat hartelijk dank voor jouw reactie!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
secretaresse minister Hugo de Jonge

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken |
Parnassusplein 5| 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
+3170(10)(2e) +316 (10)(2e) (10)(2e)@minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |
Bij VWS geldt een legitimatieplicht voor de toegang tot het ministerie. Dit betekent dat bij uw bezoek aan VWS om geldige legitimatie wordt gevraagd voor u het pand verder kunt betreden. Graag vraag ik uw aandacht hiervoor. Alvast bedankt voor de medewerking.

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdam.nl>
Verzonden: woensdag 27 mei 2020 06:58
Aan: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@vng.nl; (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>; DienstpostbusDGLZ <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; Graaman, Jeanette <(10)(2e)@amsterdam.nl>
Onderwerp: Re: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Goedemorgen,

Ik kan de afspraak inplannen.
Zij kan rechtstreeks worden gebeld op haar 06 nr.

Met groet,

(10)(2e)

Verstuurd vanaf mijn iPad

Op 26 mei 2020 om 10:36 heeft (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl> het volgende geschreven:

Beste (10)(2e)

Fijn dat je dat wil bekijken, helaas is er niet veel ruimte om dit te organiseren, dus alle hulp wordt bijzonder gewaardeerd !
Alvast dank!

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Secretariaat minister Hugo de Jonge

Directie BPZ| Parnassusplein 5| 2500 EJ | Den Haag
(10)(2e)

Van (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdam.nl>
Verzonden: dinsdag 26 mei 2020 10:12
Aan: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; Bugter, M. <(10)(2e)@hhs.nl>
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e)@minvws.nl; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS <(10)(2e)@minvws.nl>; DienstpostbusDGLZ <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e)) <(10)(2e)@minvws.nl>
Onderwerp: RE: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge

Goedemorgen (10)(2e)

Burgemeester Halsema heeft een college vergadering. Ik ga na of ik haar voor 30 min. kan afmelden.
Je hoort snel van me.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
Secretaresse burgemeester Halsema

Bezoekadres: Amstel 1, 1011 PN Amsterdam

288673

Postadres: Postbus 202, 1000 AE Amsterdam
Telefoon: 020 (10)(2e)
Mail: (10)(2e)@amsterdam.nl
Afwezig op (10)(2e)

Er zijn regelmatig wijzigingen in de agenda van Burgemeester Halsema. Soms moeten gemaakte afspraken worden gewijzigd of geannuleerd, helaas ook op zeer korte termijn.

Van: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)) [(10)(2e)@minvws.nl]
Verzonden: maandag 25 mei 2020 19:28
Aan: (10)(2e)
CC: (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)); (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). ((10)(2e)); (10)(2e)@minvws.nl; _Dienstpostbus DJ-directiesecretariaat-MS; DienstpostbusDGLZ; (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)); (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) (10)(2e) ((10)(2e))
Onderwerp: verzoek telefonische afspraak met Burgemeester Halsema, de heer (10)(2e) (10)(2e) en Minister Hugo de Jonge
Urgentie: Hoog

Beste (10)(2e) en (10)(2e)

Graag zou ik, op verzoek van Minister Hugo de Jonge, een telefonische afspraak willen inplannen met Burgemeester Halsema en de heer (10)(2e) (10)(2e).

Indien voor beiden mogelijk zou ik hiervoor graag aanstaande vrijdagochtend om 9.00 uur willen voorstellen.

Ik hoop dat dit moment inpasbaar zou kunnen worden gemaakt in de betrokken agenda's.

Bij voorbaat hartelijk dank voor een spoedige reactie.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e) (10)(2e)
secretaresse minister Hugo de Jonge

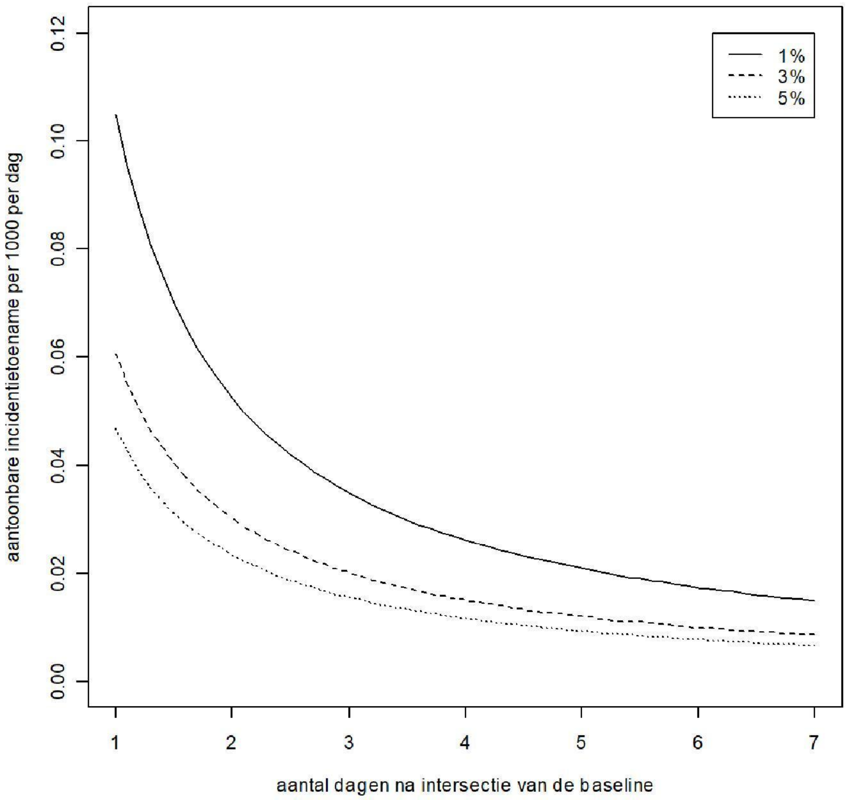
<image001.gif>
<image001.gif>
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Directie Bestuurlijk en Politieke Zaken |
Parnassusplein 5 | 2500 EJ | Den Haag | Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag |
(10)(2e) (10)(2e)@minvws.nl | www.rijksoverheid.nl |

Bij VWS geldt een legitimatieplicht voor de toegang tot het ministerie. Dit betekent dat bij uw bezoek aan VWS om geldige legitimatie wordt gevraagd voor u het pand verder kunt betreden. Graag vraag ik uw aandacht hiervoor. Alvast bedankt voor de medewerking.

De gemeente Amsterdam streeft naar optimale dienstverlening en zorgvuldige afhandeling van e-mailverkeer. Als deze e-mail niet voor u is bestemd, laat dit dan weten aan de afzender en verwijder de e-mail. Voor meer informatie: www.amsterdam.nl/proclaimer.

De gemeente Amsterdam streeft naar optimale dienstverlening en zorgvuldige afhandeling van e-mailverkeer. Als deze e-mail niet voor u is bestemd, laat dit dan weten aan de afzender en verwijder de e-mail. Voor meer informatie: www.amsterdam.nl/proclaimer.

Powerberekening RIVM



Grafiek waarin voor de 3 voorgestelde dekkingspercentages inzichtelijk is gemaakt hoe snel je met 95% zekerheid een bepaalde minimum toename in incidentie kunt aantonen. Hoe sneller VWS wat wil weten (dagelijks..), hoe groter de meerwaarde van een grotere sample

De bovenstaande figuur laat de aantoonbare incidentietoename per 1000 per dag zien ten opzichte van een baseline van 2/1000 per week als functie van het aantal dagen na intersectie van de baseline en verschillende dekkingsgraden.

De berekeningen zijn gebaseerd op een onbetrouwbaarheid van 5% en een onderscheidingsvermogen van 80%. Er is berekend wanneer en bij welke toename per dag betrouwbaarheidsondergrens van de geschatte incidentie significant verschilt van de baseline.

We hebben aangenomen dat de streekproef geen clustereffect heeft als gevolg van de huisartsen en dus een complete random sample is uit de NL bevolking. De incidentietoename is constant in de tijd verondersteld.

Hoe de figuur te lezen? Bij een dekking van bijvoorbeeld 1% kan na een dag een toename van 0.105 per 1000 per dag worden aangetoond ten opzichte van een incidentiebaseline van 2 per 1000 per week. Naarmate de tijd vordert kunnen kleinere toenames aangetoond worden omdat het aantal incidenties dan verder van de baseline komt te liggen.

Verder wordt bij toenemende dekking de aantoonbare incidentietoename kleiner omdat er meer informatie beschikbaar is. Dit effect neemt echter af met de tijd. De meeste winst valt dus in de eerste dagen te behalen.

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Fri 5/29/2020 7:28:46 AM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (45)
Received: Fri 5/29/2020 7:31:11 AM

Bekijk online

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (45)

29 mei 2020

Dit is een gecombineerd (10)(2e)@ (10)(2e) @ctbericht.

In dit bericht:

Na het Inf@ctbericht 44 (voor GGD'en) van woensdag 20 mei ontvangt u informatie over de volgende onderwerpen:

- Symptomen van COVID-19
- BCO-protocol en de brieven
- Testen van kinderen
  - Teststraten
  - Speeksel/orale vloeistof en kinderen
- Serologie
  - Meer serologie beschikbaar, die in- en extramuraal in te zetten zijn
  - Indicaties en interpretaties
  - Geen meldingsplicht voor serologische uitslagen
  - Serologische dagstaten
- CoronIT en de virologische dagstaten
- Nertsenbedrijven en nertsenhouders

Bericht:

Symptomen van COVID-19

De symptomen die passen bij COVID-19 zijn geüpdatet, aangezien er steeds meer bekend wordt over een infectie met SARS-CoV-2. Het uitbreiden van de meest voorkomende symptomen passend bij COVID-19 is in deze fase van de uitbraak belangrijk, omdat dit richting geeft aan de bestrijdingsmaatregelen waaronder testen, bron- en contactopsporing en isolatie van mensen met klachten.

Inhoudelijke achtergrondinformatie t.b.v. symptomatologie en consequenties voor testen en maatregelen zijn te lezen in de bijlage van de richtlijn. De LCI-richtlijn zal zo snel mogelijk hierop aangepast worden.

Symptomen van COVID-19 waarbij de Nederlander thuis moet blijven, zelf geïnitieerd of door middel van externe triage/gezondheidscheck

Bij de volgende symptomen wordt geadviseerd dat de Nederlander thuis moet blijven, op basis van de huidige wetenschappelijke literatuur en expert opinion:

Verkoudheidsklachten, zoals neusverkoudheid, loopneus, niezen, keelpijn

EN/OF

(licht) hoesten

EN/OF

Plotsteling verlies van geur en/of smaak (niet veroorzaakt door obstructie van de neus)

EN/OF

Kortademigheid/benauwdheid

EN/OF

Verhoging óf koorts boven de 38 graden

Aangezien het alleen hebben van spierpijn, vermoeidheid, anorexie/verminderde eetlust en/of hoofdpijn voor de algehele populatie waarschijnlijk te weinig specifiek is, zijn deze symptomen alleen van belang in combinatie met een van de vier bovenstaande symptomen.

De symptomen voor thuisisolatie van het hele gezin, indien de index nog niet getest is, worden niet veranderd en blijven koorts en/of benauwdheid.

Symptomen van COVID-19 waarbij geadviseerd wordt dat de Nederlander zich laat testen

De bovengenoemde symptomen worden gelijkgesteld voor thuisisolatie en testen. Echter, als iemand zich meldt met een van de overige klachten uit het gehele brede palet aan klachten van COVID-19, dan zal dit waarschijnlijk minder discriminerend zijn voor COVID-19, maar dan kan deze persoon zich ook laten testen. Het brede palet aan klachten staat beschreven in onderstaand kopje.

Symptomen van COVID-19 waarbij geadviseerd wordt dat de contacten van een COVID-19-patiënt zich kunnen laten testen

Aangezien het huidige beleid gefocust is op intensief bron- en contactonderzoek, zal een contact van een COVID-19-patiënt laagdrempelig getest worden bij een van de klachten uit het gehele brede palet aan klachten van COVID-19. Daaronder wordt verstaan: koorts, koude rillingen, hoesten, algehele malaise, vermoeidheid, algehele pijnklachten, oculaire pijn, spierpijn, hoofdpijn, keelpijn, buikpijn, pijn bij de ademhaling, duizeligheid, neusverkoudheid, kortademigheid, schorre stem, prikkelbaarheid/verwardheid/delier, anorexie/verlies van eetlust, diarree, overgeven, misselijkheid, hyposmie/anosmie, dysgeusie/ageusie, conjunctivitis en verschillende huidafwijkingen.

BCO-protocol en de brieven

In het protocol BCO is het beleid rondom asymptomatisch geteste personen toegevoegd. Huisgenoten en de overige nauwe contacten worden gedurende 14 dagen gemonitord op het ontwikkelen van klachten.

De brieven voor de patiënt en de contacten bij een bevestigde infectie zijn herzien en geplaatst op de website.

Testen van kinderen

Teststraten

Ook alle kinderen met klachten passend bij COVID-19 kunnen zich melden bij de GGD; er is geen leeftijdsgrens. GGD GHOR NL en VWS werken verder uit hoe dit logistiek wordt ingeregeld.

Speeksel/orale vloeistof en feces

Met het openen van kinderdagverblijven en basisscholen zal er vaker behoefte zijn om jonge kinderen te testen. Het (goed) afnemen van een neus- en keelwat bij hele jonge kinderen kan lastig zijn en niet altijd lukken. Alternatieve monsters kunnen speeksel/orale vloeistof en feces zijn.

Literatuur en een eerste validatie door RIVM/IDS laten zien dat feces in het ene geval meer en in het andere geval wat minder opbrengst heeft dan respiratoire materialen. Speeksel/orale

vloeistof lijkt mogelijk iets minder gevoelig. Het is daarom te adviseren om beide materialen te gebruiken, als het afnemen van een neus- en/of keelwat niet mogelijk is.

Voor speeksel zijn verschillende afname-/verzameltechnieken mogelijk. De zg. sabbelwatten werken goed, maar zijn op dit moment nog niet op grote schaal verkrijgbaar. Ook is de workflow bij sommige laboratoria (nog) niet ingericht op de verwerking ervan. Niet alle laboratoria hebben op dit moment hun testen voor deze materialen gevalideerd, vooral voor wat betreft speeksel. Wij adviseren GGD'en daarom te voren contact op te nemen met de laboratoria in hun eigen regio. Er wordt gewerkt aan inzicht bij welke laboratoria speeksel en feces in ieder geval op dit moment kunnen worden getest.

Serologie

Naast een gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest komt betrouwbare serologie voor SARS-CoV-2 steeds breder beschikbaar. Betrouwbare serologie op medische indicatie is beschikbaar voor zowel de intra- als extramurale zorg. Ter ondersteuning van deze directe patiëntenzorg zijn er van overheidswege betrouwbare serologische testen op voorraad genomen (10)(1c) Hierover is reeds gecommuniceerd via de NVMM.

Naast deze vanuit de nationale voorraad beschikbare serologische test, worden in toenemende mate andere serologische testen (ELISA en auto-analyzertesten) in de Nederlandse laboratoria gevalideerd en geïmplementeerd. De resultaten hiervan worden in een wekelijkse update vanuit de taskforce serologie via de websites van de NVMM en het RIVM bekend gemaakt (link) om laboratoria zo goed mogelijk in hun keuze van betrouwbare serologie te ondersteunen. Bij zowel het RIVM als het Erasmus MC is een virusneutralisatietest beschikbaar. Voor inzet hiervan is overleg nodig met de dienstdoende virologen van deze laboratoria.

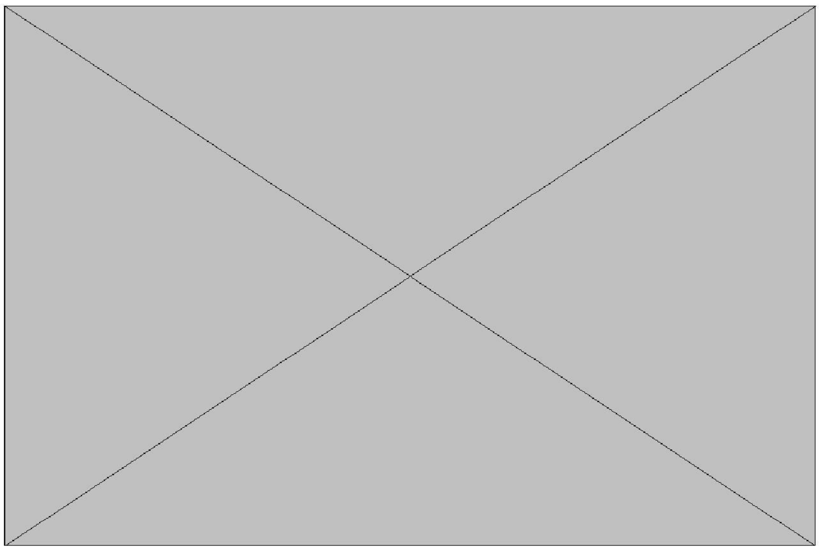
Voor COVID-19-diagnostiek blijft een gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest de eerste, aangewezen test. Medisch inhoudelijke indicaties voor het inzetten van een serologische test zijn onder meer:

- Aantonen van een recente infectie bij een hoge verdenking indien de PCR/nucleïnezuur-amplificatietest negatief is.
- Aantonen van een recente infectie indien de afname van de monsters voor PCR/nucleïnezuur-amplificatietest onmogelijk was.
- Als de uitslag invloed heeft op het medisch beleid, bijvoorbeeld als een positieve serologische testuitslag een SARS-CoV-2-infectie zo aannemelijk maakt dat het inzetten van diagnostiek naar andere verwekkers achterwege kan blijven.

De kosten van deze serologische diagnostiek worden door de zorgverzekering vergoed.

Daarnaast kan serologie naar eigen inzicht ingezet worden op maatschappelijke indicatie. Echter, de invulling met betrekking tot financiering door de overheid en de mogelijkheid tot afname van testen uit de nationale voorraad hiertoe, zijn op dit moment nog niet vastgesteld.

Serologie kan in het algemeen inzicht geven of iemand een bepaalde infectie heeft doorgemaakt en in de mate van aanwezigheid van eventuele beschermende immuniteit. SARS-COV-2 is een nieuw pathogeen waarvoor nog veel onzekerheden bestaan over het verloop van de immuunrespons in het brede spectrum aan klinisch manifestatie van infectie (asymptomatisch tot ernstig met dodelijke afloop) en de mate en duur van beschermende immuniteit in correlatie met het klinische verloop. Daarom is het belangrijk om te realiseren dat een doorgemaakte infectie met SARS-CoV-2 niet zomaar gelijkgesteld kan worden met de aanwezigheid van volledige immuniteit. De interpretatie van serologie is afhankelijk van de mate en wijze van validatie in de individuele laboratoria en dient te gebeuren door een expert. Een indicatie voor interpretatie staat in de tabel.



* Bij gepaarde sera wordt het 1e serum in de acute fase van de ziekte afgenomen en de 2e na minimaal 14 dagen, waarbij maximale gevoeligheid verwacht wordt 3-4 weken na de 1e ziektedag. Bij afname van 1 enkel serum heeft een serum afgenomen 3-4 weken na de 1e ziektedag de hoogste gevoeligheid.

**Suggestie voor interpretatie. Interpretatie dient te gebeuren door experts en is afhankelijk van de gebruikte test en de wijze en mate van validatie.

Patiënten met een positieve ('confirmed') serologische testuitslag zijn niet meldingsplichtig omdat de melding doorgaans te laat is om nog zinvol actie – i.c. bron- en contactonderzoek (BCO) - te kunnen ondernemen. In die gevallen waarin BCO nog wel zinvol is, kan altijd contact met de GGD worden opgenomen.

Momenteel is de informatiebehoefte t.a.v. COVID-19 groot. Op dit moment wordt bekeken of er binnenkort een verzoek volgt om naast gegevens t.b.v. de virologische dagstaten ook gegevens

t.b.v. serologische dagstaten te delen.

CoronIT en de virologische dagstaten

Voor de GGD-teststraten wordt steeds meer gebruik gemaakt van CoronIT. Hiermee kan o.a. overzicht verkregen worden van de verschillende (beroeps)groepen die getest worden. Op dit moment kan het systeem (nog) niet gebruikt worden voor de overzichten zoals die in de dagstaten worden vermeld. Voor een goed overzicht van de stand van zaken zijn beide systemen belangrijk. Wij vragen de laboratoria daarom om in de dagstaten ook de patiënten te vermelden die in CoronIT zijn opgenomen. Ook verzoeken we laboratoria die nog geen data aanleveren voor de dagstaten, om dit te gaan doen.

Met inhoudelijke vragen over het invullen van de dagstaat kunt u mailen naar (10)(2e)@rivm.nl; voor technische vragen kunt u terecht bij (10)(2e)@rivm.nl. Om toegang te hebben tot de rapportagetool, heeft u een persoonlijk account nodig. Indien u al een account heeft, omdat u ook meldt aan de reguliere virologische weekstaten, kunt u met dit account de data inzien.

Indien u nog geen account heeft, graag mailen naar (10)(2e)@rivm.nl met daarin

- uw naam en werk-e-mailadres
- naam van het laboratorium waarvoor u werkzaam bent.

Nertsbedrijven en nertsenhouders/-verzorgers

De afgelopen maand is op 4 locaties van verschillende nertsenbedrijven SARS-CoV-2-infectie aangetoond bij nertsen (Kamerbrief 19 mei 2020; Kamerbrief 25 mei 2020; Kamerbrief 28 mei 2020). Naast transmissie van mens naar dier is het zeer aannemelijk dat transmissie van dier naar mens bij enkele personen is opgetreden.

Uit onderzoek in de stallen is het virus (RNA) aangetoond in de lucht en stofdeeltjes. Om transmissie van mens naar dier te voorkomen worden nertsenhouders en -verzorgers en/of hun huisgenoten met COVID-19-achtige klachten geadviseerd zich te laten testen en niet in de stal te komen tot uit laboratoriumonderzoek blijkt dat er geen COVID-19 in het spel is. Mocht uit dit onderzoek blijken dat er wel sprake is van COVID-19 bij de nertsenhouder, - verzorger of één van de huisgenoten, dan adviseert de GGD hen in het kader van bron- en contactopsporing over maatregelen om verspreiding van de besmetting te voorkomen. De besmette patiënt gaat in thuisisolatie en zijn huisgenoten gaan in thuisquarantaine. In dit geval is het van belang dat zij niet in contact komen met de nertsen en de nertsen door andere medewerkers laten verzorgen. Is dit praktisch gezien niet haalbaar, dan is het advies de niet zieke huisgenoten met persoonlijke beschermingsmiddelen de nertsen te laten verzorgen. Indien op een bedrijf een SARS-CoV-2-infectie wordt vastgesteld bij de nertsen, is gebruik van persoonlijke

beschermingsmiddelen van belang om transmissie van dier naar mens te voorkomen. Een handreiking over persoonlijke beschermingsmiddelen komt op korte termijn beschikbaar voor de GGD.

In voorbereiding

- Herstart voortgezet onderwijs
- BCO-protocol: Beleid contactonderzoek in het vliegtuig
- Handleidingen uitbraak COVID-19 op scholen en bij vleesverwerkingsbedrijven

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.
- **RIVM-LCI:** tel. 030-(10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **RIVM dd. viroloog**: tel. 030(10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience**: tel. 010-(10)(2e) (buiten kantooruren: 010(10)(2e)

Meer informatie

- ECDC
- WHO en Dagelijkse WHO situation reports
- RIVM (algemene informatie)
- LCI-richtlijn COVID-19
- Rijksoverheid

Auteurs: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Gelderland Midden/RAC), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Erasmus MC), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (CIb-RIVM).

Bericht verstuurd aan: leden Labinf@ct en Inf@ct

VERTROUWELIJK

Dit bericht is strikt vertrouwelijk en uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking aan en gebruik door anderen is niet toegestaan.

Wilt u uw e-mailadres wijzigen of andere berichtenservices aanvragen? Dat kan via profiel bewerken. Collega's die deze berichtenservice nog niet ontvangen, kunnen deze aanvragen via https://www.rivm.nl/abonneren.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

De LCI is op werkdagen bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur via (10)(2e)@rivm.nl.

To: (10)(2e) @promedmail.org[(10)(2e) @promedmail.org]; (10)(2e) @promedmail.org[(10)(2e) (10)(2e) @promedmail.org]; (10)(2e) @promedmail.org[(10)(2e) @promedmail.org]
From: (10)(2e) @promedmail.org
Sent: Thur 5/28/2020 2:58:31 AM
Subject: PRO/AH/EDR> COVID-19 update (215): Netherlands (NB) animal, mink-to-human, epidem., control
Received: Thur 5/28/2020 3:01:48 AM

CORONAVIRUS DISEASE 2019 UPDATE (215): NETHERLANDS (NORTH BRABANT)
ANIMAL, MINK-TO-HUMAN, EPIDEMIOLOGY, CONTROL
****

A ProMED-mail post
<http://www.promedmail.org>
ProMED-mail is a program of the
International Society for Infectious Diseases
<http://www.isid.org>

Date: Wed 27 May 2020
Source: Boerderij (subscription) [in Dutch, trans. Mod.AS, abridged, edited]
<https://tinyurl.com/y6vec5bh>

The transmission of the mink coronavirus to 2 people rings alarm bells. Researchers consider the risk of spreading small. Still, there are major concerns.

The call to clean up the mink farms infected with the coronavirus is increasing. Veterinarians and an affected livestock farmer are also calling on the government to take more measures on the infected farms. You ought to have the required knowledge to make decisions about this, says agriculture minister Carola Schouten.

On the infected mink farms, the virus now seems to be extinguished. The number of illnesses is declining, and mortality is again at a normal level. In the yearly cycle of mink, the puppy's throwing time is from mid-April to mid-May. Central to the research is whether the virus flares up again in the pups. If that is the case, the farms may encounter the threat of a virus that circulates for a long time.

(10)(2e) of the Faculty of Veterinary Medicine (Utrecht University) calls this an undesirable situation for public health. Further measures are needed. Minister Schouten will make a decision on this on Friday [29 May 2020], when the 1st results of the investigation become known. Schouten says that public health is paramount, and that there are no taboos. Clearing the mink holdings seems to be a serious option. Isolating the farms and getting the livestock out can be an alternative.

The coronavirus also appears to get into the manure of the mink; samples were taken in which this was demonstrated. Research should show how long the virus survives in the manure. For the time being, the manure must not be removed from the farms. In March and April [2020], before the infection came to light, the companies' manure was still driven out on their own land. However, according to (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) of the RIVM, this had no impact on public health. Scientists are less afraid of spreading the virus through the manure.

The virus that was identified in corona patients in the vicinity of the mink was not identical with the strain detected in the mink. "If you had found the same type of corona in the area, it would have been very different. That has not been found," says Van Dissel. Also, the amount of virus found in manure is many times less than, for example, in samples from the throat. Van Dissel also points out that a virus is different from, for example, a microorganism such as Q fever, which remains in the manure for a long time due to spore formation [see comment].

How the infection got into the 3rd company is still unclear. Stray

cats may have played their role. The virus has been found in several [unowned] cats that come to the farm. From this it is concluded that the virus of mink has also been transmitted to cats. The role of this species in virus distribution is being investigated. The role is probably not very significant, given the developments worldwide.

However, Stegeman advises corona patients to keep their cat inside. "Obviously, we have a lot of experience with animal disease control in production animals, but not in pets," said Stegeman.

An extensive research on corona in cats is being set up. In addition, rabbit farms are also screened on corona. None of the rabbit farms have, at present, symptoms of COVID-19. The risk of spread through rats and mice is small. These species have very different receptors than the receptors to which coronaviruses attach.

The Netherlands is the 1st country where the coronavirus has been detected in production animals [minks] and where the transmission of virus from animals to humans has been demonstrated. The question of whether the problem is restricted to the Netherlands cannot be answered by scientists. "There was limited testing capacity for humans, so no animals have been tested," Stegeman explains.

At the mink company in Deurne, the infection has been found to be more severe than at the other 2 affected companies. The cause is not clear. According to Stegeman, the moment of introduction of the virus and the phase of the minks' pregnancy could play a role. The virus at this company was not found to be more pathogenic than the virus at the other companies.

The way in which the virus entered the farm is also unclear. It's possible that stray cats have played a role here. The veterinarians are also concerned because no air measurements have been made around the company for the virus. Stegeman acknowledges this. According to him, the investigations at the other companies, which are many times larger and have many more infected animals, make it sufficiently clear that no further research into the air in the area is necessary.

After the 1st results of the study become known, expected Fri 29 May [2020], the "Outbreak Management Team Zoonosen" is due to prepare an opinion. The government will decide next week on any suggested additional measures.

--
Communicated by:
Sabine Zentis
Castleview English Longhorns
Gut Laach, Nideggen, Germany
<http://www.cvlonghorns.de>
< (10)(2e) @aol.com>

[Comparing the manure contamination by SARS-CoV-2 to manure contamination by Q fever is not incidental. North Brabant's population underwent a serious Q fever epidemic during the years 2006-2009, regarded the largest ever anywhere in the world. During the epidemic, which was related to manure from infected goat farms, thousands of people were infected, many of them hospitalized, including mortalities and long-term complications (see http://promedmail.org/post/20100930.3546).

Researchers of the Faculty of Veterinary Medicine in the Utrecht University have recently undertaken an investigation addressing the infection rate among cats owned by COVID-19 health workers in the province of Utrecht. Results are anticipated with interest.

An additional case in a cat has recently been reported from Spain (Ref 1). Russia's 1st case in a cat has been reported by Russia to the OIE (http://promedmail.org/post/20200526.7379578). - Mod.AS

HealthMap/ProMED-mail map:
North Brabant, Netherlands: <http://healthmap.org/promed/p/1250>

References
1. Ignacio Ruiz-Arrondo, Aranzazu Portillo, Ana M. Palomar, Sonia Santibanez, Paula Santibanez, Cristina Cervera, Jose A. Oteo. Detection of SARS-CoV-2 in pets living with COVID-19 owners diagnosed during the COVID-19 lockdown in Spain: A case of an asymptomatic cat with SARS-CoV-2 in Europe. Preprint. medRxiv 2020.05.14.20101444; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.14.20101444>.]

[See Also:
COVID-19 update (212): Russia (Moskva) animal, cat, OIE
http://promedmail.org/post/20200526.7379578
COVID-19 update (209): Netherlands (NB) farmed mink, animal-to-human, cat, epid http://promedmail.org/post/20200525.7375359
COVID-19 update (198): Netherlands (NB) farmed mink, animal-to-human infect susp http://promedmail.org/post/20200520.7359976
COVID-19 update (189): Netherlands (NB) animal, farmed mink, research, cat, dog http://promedmail.org/post/20200517.7344274
COVID-19 update (183): Japan/USA, animals, research, cat, experimental infection http://promedmail.org/post/20200514.7337185
COVID-19 update (181): Germany (BY), France (AC), cat, OIE animal case definition http://promedmail.org/post/20200513.7332909
COVID-19 update (177): Netherlands (NB) animal, farmed mink, Spain (CT) cat susp http://promedmail.org/post/20200512.732858
COVID-19 update (174): Netherlands (NB) animal, farmed mink, comment
http://promedmail.org/post/20200511.7323845
COVID-19 update (169): Netherlands (NB) animal, farmed mink, spread, rabbit susp http://promedmail.org/post/20200509.7316646
COVID-19 update (154): Netherlands (NB) animal, farmed mink, research
http://promedmail.org/post/20200503.7294846
COVID-19 update (146): Netherlands (NB) animal, farmed mink, epidemiology http://promedmail.org/post/20200501.7286113
COVID-19 update (135): Netherlands (NB) animal, farmed mink
http://promedmail.org/post/20200427.7272289
COVID-19 update (146): Netherlands (NB) animal, farmed mink, epidemiology http://promedmail.org/post/20200501.7286113
COVID-19 update (143): USA (NY) animal, zoo, tiger, lion, tests
http://promedmail.org/post/20200430.7284183
COVID-19 update (141): India, animal, wild tiger, susp, clarification, RFI http://promedmail.org/post/20200430.7281768
COVID-19 update (138): India, animal, wild tiger, fatal
http://promedmail.org/post/20200428.7275765
COVID-19 update (135): Netherlands (NB) animal, farmed mink
http://promedmail.org/post/20200427.7272289
COVID-19 update (130): USA (NY) animal, zoo, tiger, lion, new cases
http://promedmail.org/post/20200425.7266556
COVID-19 update (124): USA (NY) animal, cat, lion, OIE
http://promedmail.org/post/20200423.7259119
COVID-19 update (123): USA (NY) animal, cat, conf
http://promedmail.org/post/20200422.7256272
COVID-19 update (113): USA (NY) cat, animal, susp, RFI
http://promedmail.org/post/20200418.7240811
COVID-19 update (88): Germany, animal, research, pig, chicken, bat, ferret http://promedmail.org/post/20200407.7196506
COVID-19 update (85): USA (NY) animal, tiger, OIE
http://promedmail.org/post/20200406.7191480
COVID-19 update (84): USA animal, tiger
http://promedmail.org/post/20200406.7191352
COVID-19 update (76): China (HU) animal, cat, owned, stray, seropositive http://promedmail.org/post/20200403.7179946
COVID-19 update (75): China (Hong Kong) animal, cat, OIE
http://promedmail.org/post/20200403.7179945
COVID-19 update (70): China (Hong Kong) animal, cat, pets & stock
http://promedmail.org/post/20200402.7173286
COVID-19 update (58): Belgium, animal, cat, clinical case, RFI
http://promedmail.org/post/20200327.7151215
COVID-19 update (56): China (Hong Kong) animal, dog, final serology

positive http://promedmail.org/post/20200326.7146438
COVID-19 update (50): China (Hong Kong) animal, dog, 2nd case PCR positive, OIE http://promedmail.org/post/20200323.7129951
COVID-19 update (45): China (Hong Kong) animal, dog, 2nd case PCR positive http://promedmail.org/post/20200319.7112693
COVID-19 update (37): China (Hong Kong) animal, dog, prelim. serology negative http://promedmail.org/post/20200312.7081842
COVID-19 update (30): China (Hong Kong) animal, dog, susp, serology pending http://promedmail.org/post/20200306.7057595
COVID-19 update (25): China (Hong Kong) animal, dog, susp, OIE http://promedmail.org/post/20200302.7040373
COVID-19 update (22): companion animals, dog susp, RFI http://promedmail.org/post/20200229.7036661
COVID-19 update (17): China, animal reservoir, wildlife trade & consumption http://promedmail.org/post/20200225.7024245
COVID-19 update (11): animal reservoir, intermediate hosts, pangolin susp http://promedmail.org/post/20200220.7009213
COVID-19 update (08): companion animals, RFI http://promedmail.org/post/20200218.7002276
COVID-19 update (06): animal reservoir, intermediate hosts http://promedmail.org/post/20200217.6997782
Q fever - Netherlands (31): (NB) investigation report http://promedmail.org/post/20100930.3546]
....arn/tw/ml

288688

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

agenda

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl
KvK Utrecht 30276683
T 030 (10)(2e)
F 030 (10)(2e)
(10)(2e)rivm.nl

Onderwerp	**Afstemmingsoverleg-zoönosen Nertsen en COVID-19#2**
Vergaderdatum en -tijd	Vrijdag 15 mei 2020 13:30-15:00 uur
Vergaderplaats	GoTo tele-/videoconferentie en RIVM, zaal U0.22
Voorzitter	(10)(2e)
Secretaris:	(10)(2e)
Deelnemers	Zie deelnemerslijst

1. Welkom en opening vergadering **11.00**

Achtergrond
Naast de twee al bekende nertsenbedrijven in Gemert-Bakel !) en Laarbeek 2) zijn er nu besmettingen op een andere locatie van het eerste bedrijf, de Mortel 3) en een bedrijf in Deurne 4). Nertsen vertonen diverse ziekteverschijnselen, met name zichtbaar bij drachtige vrouwelijke nertsen. waaronder ademhalingsproblemen en er was sprake van verhoogde sterfte. Bij de 2 nieuwe bedrijven was beperkte pathologie onder dieren., Er is onderzoek ingesteld om de bron van de besmettingen te achterhalen. Er zijn maatregelen ingesteld ter preventie van besmettingen. De GGD is betrokken en heeft bewoners / medewerkers bemonsterd en de PBM besproken. Na de meldingen op de eerste bedrijven zijn verschillende onderzoeken gestart . Er is omgevingsonderzoek in de stallen en de directe omgeving. Wilde katten op het bedrijf zijn gevangen en bemonsterd. Sequencing van humaan en veterinair monstermateriaal is ungoing.

Doelstelling overleg
Het doel van dit afstemmingsoverleg-zoönosen is het beoordelen van de eerste onderzoeksresultaten, het monitoren van de maatregelen op de bedrijven, een beeld krijgen van de geïnitieerde en lopende onderzoeken rond de nertsenbedrijven en betrokkenen. Daarnaast is het doel het beoordelen van de eerste resultaten en of aanpassing van of nieuwe maatregelen nodig zijn.

2. Presentaties **11.10**

2.1 Update onderzoek nertsen, (10)(2e) (10)(2e) *GD*

2.2 Situatie op de nertsenfokkerijen en resultaten humane diagnostiek, (10)(2e) *GGD-BZO*

2.3 Resultaten sequencing, (10)(2e) *Erasmus MC*

2.4 Resultaten omgevingsonderzoek, (10)(2e) *UU*

3. Verhelderende vragen na de presentaties	**11.40**
4. Afstemming lopende onderzoeken	**12.10**
5. Werkafspraken, aanpassing adviezen?	**12.20**
6. Communicatie	**12.25**
7. WVTTK	**12.30**
8. Sluiting en vervolgafspraken	

288692

Actielijst wekelijks COVID-19 overleg EPI - 25-05-2020

Nr.	Wat	Wie
1.	Actielijst Er is besloten een actielijst op te stellen voor het wekelijks COVID-19 overleg. Update hiervan zal bij toerbeurt gebeuren.. De actielijst is terug te vinden op (10)(2g)	Allen
2.	Schema COVID-19 teams Vrijdag 22-5 is een update van de indeling van de verschillende teams rondgestuurd. Het is nog niet aan te geven of en wanneer de mensen die nu op de interesselijst staan ingezet zullen worden.	Allen
3.	Rapportage zorgmedewerkers Het periodiek rapporteren van aantallen zorgmedewerkers zal weer besproken worden met VWS. Aanleiding is de door ECDC voorgestelde rapportage van zorgmedewerkers per land.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) – (10)(2e) (10)(2e)
4.	Online case-based data Er is toestemming voor het dagelijks online rapporteren van de volgende landelijke data: leeftijdsgroep (0-9, 10-19, …,90+), geslacht, DUFS, ziekenhuisopname (J/N/Onbekend), overlijden (J/N/O), waarbij we voor overlijdens <50 jaar als leeftijdsgroep '<50 jaar' weergeven. In principe kan dit per direct online. Voor het toevoegen van DUFS, provincie en week van overlijden is toestemming gevraagd aan de osiris registratie commissie. Als die toestemming snel komt, is het sneller om de data direct compleet online te plaatsen.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
5.	Online kaarten met data afgelopen week-2 weken (10)(2e) en (10)(2e) zijn hierover in gesprek met (10)(2e) (10)(2e) (SSC Campus). Er moet een beslissing genomen worden over een vaste dan wel dynamische legenda. Een vaste legende is beter om het verloop in de tijd te zien, een dynamische legenda geeft beter zicht op wat er lokaal speelt. Het lijkt technisch haalbaar te zijn om een combinatie te maken van een vaste en dynamische legende. Dit zal deze week verder afgestemd worden.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
6.	Dashboard Er is nog veel onduidelijk over het dashboarden en de vorm die dit gaat krijgen. Wel is iedereen het er over eens dat EPI verantwoordelijk is voor het aanleveren dan de epidemiologische data en de interpretatie daarvan. Er is nog geen bestaande structuur voor de duiding van de epidemiologische data wat noodzakelijk is om zicht te krijgen wat er regionaal speelt. Dit is in de volgende fase van de epidemie wel essentieel.	Allen
7.	Aanpassing PDF Er is nog geen duidelijkheid over de overgang naar 2-wekelijkse rapportage. Er zijn nu twee scripts (een voor de dagelijkse en een voor wekelijkse rapportage) die beide steeds geüpdatet moeten worden. De vraag van (10)(2e) is of we, terwijl we nog wel dagelijks rapporteren, al over kunnen gaan naar het script voor de wekelijkse rapportage. De data worden dan steeds geleden met de aantallen van die dag in de week ervoor, maar het verschil met gisteren is ook terug te vinden.	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) R/T team In overleg met comm.
8.	Data teststraten	(10)(2e) (10)(2e)

Actielijst wekelijks COVID-19 overleg EPI - 25-05-2020

	(10)(2e) heeft voor het OMT een overzicht gemaakt van de aantallen en percentages positief geteste personen per beroepsgroep. Deze data is afkomstig uit zowel osiris als Coron-IT, waarbij er voor sommige GGD'en mogelijk overlap is en nog niet door alle GGD'en complete data geleverd is. In Coron-IT is het niet verplicht om doelgroep in te voeren en de lijst met beroepen in osiris is niet gelijk aan die in Coron-IT. Aangezien (10)(2e) volgende week vrij is, moet gekeken worden wie dit dan kan waarnemen.	(10)(2e)
9.	Huisartsendata Van de Nivel data is bekend hoe de verdeling van de praktijken over Nederland is. Er zijn nieuwe data van de data coalitie beschikbaar waarbij ook noemergegevens beschikbaar zijn. (10)(2e) gaat daar deze week naar kijken. Belangrijk om goed te weten wat de waarde van deze data is en hoe de regionale spreiding is omdat huisartsen data ook aan het dashboard toegevoegd zullen worden.	(10)(2e) (10)(2e)
10.	Geografische clusters In deze fase van de epidemie is het erg belangrijk om goed zicht te hebben op geografische clusters. Het is belangrijk dat GGD'en dit zo uniform mogelijk registreren, maar de inzet van callcenter medewerkers kan dit lastig maken. Artikel 26 kan hierbij helpen maar dat is alleen maar van toepassing bij instellingen. In HP zone bestaat de mogelijkheid om een situation aan te maken. Het is echter niet duidelijk of dit ook mogelijk is wanneer een contact gelinkt is aan een index. Osiris wordt aangepast om aan te kunnen geven dat de patient opgespoord via BCO en wat de setting van deze en evt gerelateerde patienten is.	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
11.	Duiding Er wordt een duiding voorbereid over het aantal leraren met COVID-19 en het aantal geteste leraren. Hierover is ook al een vraag gesteld door een journalist. Andere mogelijke onderwerpen van duiding: -Aandacht voor de beschikbare open data – hiervoor is ook al een link opgenomen op de 1e pagina van de PDF. Dit zou voldoende moeten zijn. -Uitbraak VION – hiervoor kunnen we verwijzen naar een bericht op de website van de betrokken GGD -Al enige tijd geen nieuwe ziekenhuisopnames in Groningen en Drenthe – dit onderwerp blijft staan	(10)(2e) (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Tue 5/12/2020 4:23:49 PM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (42)
Received: Tue 5/12/2020 4:24:23 PM

Bekijk online

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (42)

12 mei 2020

Dit is een gecombineerd (10)(2e)@ (10)(2e) @ctbericht.

In dit bericht:

- Handreiking langdurig neusverkouden kinderen
- Veilig werken in contactberoepen
- Niet-medische mondmaskers in het openbaar vervoer
- In voorbereiding

Bericht:

Handreiking langdurig neusverkouden kinderen

Met de heropening van de basisscholen en kinderopvang komen er veel vragen over de toelating van kinderen die langdurig verkoudheidsklachten hebben. Daarom is als bijlage bij de LCI-richtlijn een Handreiking bij langdurig neusverkouden kinderen opgenomen.

Daarnaast is op de RIVM-website achtergrondinformatie opgenomen over kinderen en COVID-19 die u kunt gebruiken als u vragen krijgt over de heropening van de scholen. Ook is er op deze webpagina een aantal veelgestelde vragen opgenomen. Tot slot heeft ECDC op haar website een tabel geplaatst met de meest voorkomende symptomen bij verkoudheid, hooikoorts en COVID-19, zie opsommingspunt 9 onder paragraaf Medical information, en is er op de RIVM-website een filmpje over de verschillen en overeenkomsten tussen hooikoorts en COVID-19.

Veilig werken in contactberoepen

Sinds 11 mei is het uitoefenen van de meeste contactberoepen weer mogelijk. Met een goede gezondheidscheck voor zowel medewerkers als cliënten en het consequent naleven van de algemene hygiëne-adviezen - naast de reeds bestaande protocollen binnen de verschillende beroepsgroepen - is het in principe niet nodig om persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken. Op de RIVM-website zijn algemene adviezen opgenomen over Veilig werken in contactberoepen. Het afwegingskader, waarop deze algemene adviezen gebaseerd zijn, is via een (10)(2e) @ctbericht verspreid onder de arbo-professionals. De diverse brancheverenigingen hebben de algemene adviezen vertaald naar branchespecifieke protocollen.

Niet-medische mondmaskers in het openbaar vervoer

Het kabinet heeft het dragen van niet-medische mondmaskers in het openbaar vervoer vanaf 1 juni verplicht gesteld, zie voor meer informatie de website van de Rijksoverheid. In het achtergronddocument Afwegingen voor infectiepreventie in het openbaar vervoer is meer te lezen over de afwegingen die zijn meegenomen bij deze beslissing.

In het document Toepassing van niet-medische mondneusmaskers in de openbare ruimte is meer te lezen over de effectiviteit van het gebruik van mondneusmaskers buiten de zorg.

In voorbereiding

- Mogelijkheid gebruik van speeksel (verzameld met o.a. sponsje op stok) voor het testen van jonge kinderen
- Instructie voor GGD'en over contactmonitoring in HPZone
- Webinar voor GGD'en over bron- en contactonderzoek
- Testbeleid voortgezet onderwijs

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw

regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.

- **RIVM-LCI:** tel. 030- (10)(2e) ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **RIVM dd. viroloog**: tel. 030- (10)(2e) (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience**: tel. 010- (10)(2e) (buiten kantooruren: 010- (10)(2e)

Meer informatie

- ECDC
- WHO en Dagelijkse WHO situation reports
- RIVM (algemene informatie)
- LCI-richtlijn COVID-19
- Rijksoverheid

Auteurs: (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Gelderland Midden/RAC), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Hollands Noorden/RAC), (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (Erasmus MC), (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (Clb-RIVM)

Bericht verstuurd aan: leden Labinf@ct en Inf@ct

Wilt u uw e-mailadres wijzigen of andere berichtenservices aanvragen? Dat kan via profiel bewerken. Collega's die deze berichtenservice nog niet ontvangen, kunnen deze aanvragen via https://www.rivm.nl/abonneren.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

De LCI is op werkdagen bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur via (10)(2e)@rivm.nl.

Service

U ontvangt deze e-mail op het mailadres (10)(2e)@rivm.nl,

omdat u hebt aangegeven e-mailberichten te willen ontvangen.

Aanmelden | Wijzig voorkeuren | Direct afmelden

I-MOVE-COVID-19 project

WP2 primary care meeting: Tuesday 05 May 2020

References

Author: (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)
Date: 05 May 2020 (11:00 hrs CEST)
Purpose: Minutes of the regular meeting

Attendees

	PARTICIPANTS
The Netherlands, Nivel	(10)(2e) (Work package leader)
Epiconcept	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
European Commission	(10)(2e)
ECDC	(10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
WHO-Europe	(10)(2e)
France, Sentinelles	(10)(2e)
Ireland	(10)(2e)
The Netherlands, RIVM	(10)(2e)
Portugal, INSA	(10)(2e)
Spain, ISCIII Epi	(10)(2e), (10)(2e)
Spain, ISPL Navarra	(10)(2e)
Sweden, PHA	(10)(2e) (10)(2e)
UK, PHS	(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)
UK, PHE	(10)(2e) (10)(2e)
UK, RCGP	(10)(2e), (10)(2e)
RECOVER	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

Table of contents

Summary of teleconference: I-MOVE-COVID-19 project

1. Agenda

- Introduction
- Generic primary care protocol
- Risk factor protocol
- Feedback from every network on feasibilities for (planned) data collection
- Next steps
- AOB

2. Introductions

Welcome to all study sites, colleagues from ECDC and colleagues from WHO/EURO.
There was a welcome to Steffi Sowinski who is the H2020 project officer from the European Commission. Alike van der Velden, primary care WP lead of the H2020 RECOVER consortium, was also introduced. She outlined what they are doing in the primary care part of the RECOVER study: a registration study with GPs in 15 countries registering their consultations and patients presenting with suspected COVID-19; the second study is similar including swabs of patients seen at primary care, which will be analysed for COVID-19. Patients will be followed up for complications or management in primary care. They started their studies 3–4 weeks ago. (10)(2e) (WP2 lead) and (10)(2e) (10)(2e) (WP4) regularly join their TCs.

3. Main points

2.1. Welcome and general (administrative) issues

- Presentation by (10)(2e) (Nivel, WP2 lead) and (10)(2e) (10)(2e) (EpiConcept, Overall coordinator) outlining all admin issues (see presentation)

2.2. Looking forward: next deliverables

- The next deliverables due are
    - The WP2 protocol on the 15th of June
    - The surveillance monitoring and evaluation protocol on the 15th of July
    - The first surveillance bulletin including data from all sites on the 15th of September

2.3. Generic surveillance protocol WP2 - summary

- General points:
    - Each country already has obligation to perform surveillance and many sites are already conducting surveillance.
    - Most activities are based on I-MOVE influenza vaccine effectiveness (VE) study so we cannot leave things out of the protocol as we need to be ready when the other I-MOVE influenza activities start again
    - Some feedback from partners received: some misunderstanding about aggregate vs individual level data
        - Individual: anonymised, one record per person
        - Aggregate: counts by age, sex, number tested, number positive tested, etc.
- The aim is to collect data similar to I-MOVE influenza protocols; instead of ILI patients we broaden to suspected COVID-19 i.e. ARI (swab; collect data using a swab form/questionnaire); collect information from patients testing positive and patients testing negative
- The I-MOVE-COVID-19 WP2 individual-based surveillance is based on positive cases
- The risk factor (RF) study (WP4) uses patients testing positive and patients testing negative for a test-negative design (TND)
- If there is a COVID-19 vaccine available in future, the risk factor study would form the basis for VE study as well.
- The surveillance data can also feed into RF study.
- Alternative approaches for surveillance: as it is not always feasible to test suspected patients at this moment, ECDC recommends expanding surveillance e.g. self-swabbing, telephone consultations, participatory surveillance etc. We will discuss the feasibility of these later.

2.4. Risk factor protocol WP4 - summary

- The idea is to identify key risk and protective factors among patients presenting to primary care; the methods are very similar to I-MOVE influenza VE study.
- Having this study in place is putting in place everything we need for the VE study once a vaccine is ready.
- Data collection: similar to case-based surveillance except we collect additional variables; those testing negative will be controls, test-positives will be cases.
- Have also been approached by London School of Hygiene and Tropical Medicine and the university of Leiden regarding another kind of control selection (contact Epiconcept if interested in doing this) [Here are details on their study design proposal: http://arxiv.org/abs/2004.06033.]

- We would like to include a follow-up component as a pilot to see if a patient was subsequently hospitalised, and their outcome; we would like to pilot this, as it is not usual for I-MOVE previously.

2.5. Discussion of protocols, including feedback from every network on feasibilities for (planned) data collection

NB: The case definition in the protocol you received says:

- Acute onset of at least one of the following symptoms: fever or cough or sore throat or shortness of breath or coryza

  and

  a clinician's judgment that illness might be due to a SARS-CoV-2 infection.

The "and" should be replaced by an "or":

- Acute onset of at least one of the following symptoms: fever or cough or sore throat or shortness of breath or coryza

  or

  a clinician's judgment that illness might be due to a SARS-CoV-2 infection.

- (10)(2e) (Nivel): The case definition is broader than ILI; the setting is same; the surveillance is all year-round not "seasonal" as for influenza. In some countries e.g. Ireland, it is not yet possible to collect this information for this protocol, but they are working on it and will hopefully be able to join in next weeks/months.
- (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (RECOVER): discussion of case definition in light of "a clinician's judgment that illness might be due to COVID-19", this depends on time of year; suspected cases can be different in different contexts. So now in the first wave everyone is suspect; but when the epidemic wave is over other viruses will come into play so it depends on the situation and perception of GPs based on their surveillance data etc. In Jan/Feb there will also be normal influenza. What would be a suspected COVID case then? Maybe it is better to come up with defined signs/symptoms so that you do not have to deal with these changes.
  - (10)(2e) symptoms are being collected (see next slides); on a case-based level there is always the possibility to select cases from data collected by specific symptoms. We propose a broader case definition.
- (10)(2e) (Nivel): All cases or a systematic sample of patients are tested for influenza, but we are also interested in other respiratory viruses. For samples: are some countries doing self-swabbing and point-of-care tests? Are networks doing other specimen collection? (Then we can include this in the protocol.)
  - (10)(2e) ((10)(2e) (SC): At the moment PHS cannot test samples for other viruses than SARS-CoV-19, but we are storing samples in the lab so that multiplex PCR can be done at a later stage.

- (10)(2e) (IE): Ireland is in the same situation, not currently testing but storing for batch testing at some point in the future.
- (10)(2e) (ES): at the moment in ES we are not going to test for influenza or other respiratory viruses, but we will in the future.

- Discussion of new variables
    - Clinical signs and symptoms: have already received some comments that the list is rather long; suggested to delete coryza, loss of appetite, nausea, dermatitis - what should we leave out? Should we add? Is it too long?
        - (10)(2e) ((10)(2e) (SC): we have some of these in our new form e.g. fatigue, vomiting, diarrhoea; we have self-swabbing so cannot add "anosmia" etc. as they would not know what it is, so we have instead "altered smell", etc. For other symptoms we could discuss adding them to our forms.
        - (10)(2e) (10)(2e) (SC): we are only in the second week of testing for surveillance in Scotland, so we have not had much feedback yet from patients; so we are not sure how the form is working. We have had a lot of other queries like when will we get test results. What about smoking: should we record this? We also record vaping as that is of interest in Scotland (others may wish to do this also).
        - (10)(2e) (ES): in general we are trying to keep as much as possible similar variables to influenza sentinel surveillance; in addition we have added some that are COVID-specific which are important e.g. anosmia and ageusia. We have not considered dermatitis, conjunctivitis, or dizziness, as we do not want to have a very long questionnaire; want to keep it as simple as possible. We can send you all the variables we have in ES. Most are what you have.
        - (10)(2e) (ES): we are preparing comments on protocol and questionnaire and will send them after this meeting.
        - (10)(2e) (PT): for our questionnaire we adapted the I-MOVE questionnaire and we have specific symptoms for COVID; we can share the first version of our questionnaire; we try to keep it as simple as possible. Not very easy to have all these symptoms and signs proposed in the protocol like rash and palpitations.
        - (10)(2e) (EN, RCGP): some symptoms and signs emerging are of prognostic importance e.g. chills/rigor, rash, and in particular the measurement of peripheral oxygen saturation, which is of very high prognostic value for seriousness of cases in primary care.
        - (10)(2e) (10)(2e) (SE): just rolled out an electronic form that GPs complete; with a long list of symptoms they will not like this. Can we group similar symptoms together, e.g. "GI symptoms including these…"? Otherwise they may stop as it would take too much time for them.
        - (10)(2e) (NL): the list is very long; for Dutch PC surveillance the surveillance form needs to be as short as possible for us the max is 1 page else workload too high for GPs.
        - (10)(2e) (FR): Sentinelles are already collecting diarrhoea and conjunctivitis on their swab form, which the GPs use. GPs also declare clinical cases, which includes symptoms and there anosmia and ageusia are in one question covering both. We have the possibility of matching the two

databases (virological and clinical), this works for 75% of cases; but I agree we need to keep swab form simple else a lot of missing data and may discourage GPs from recruiting patients.

- (10)(2e) (Nivel): Agreed, maybe we can collect all of your questionnaires (those who have them) then we can see what is there and can share with those not yet prepared… and we can see what we can pool between partners.
- (10)(2e) (ECDC): I have nothing to add; agree with what others said we should shorten to a minimum list of symptoms; I agree to have specific signs like anosmia and ageusia. Why for the case definition you do not include these very COVID-19-specific symptoms that perhaps are not part of the ARI case definition but are specific for COVID?
  - (10)(2e) (10)(2e) (Epiconcept): This is something we should discuss; the case definition is sensitive/broad at the moment.
- (10)(2e) (WHO): is this just symptoms for one point in time or throughout the illness?
  - (10)(2e) (Nivel): Only those symptoms present at time of swabbing.
- (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (RECOVER): do we include the number of days a patient is symptomatic? (Yes) And co-morbidities? (yes)
- (10)(2e) (ECDC): for fever, do you have a definition? Also when people feel malaise, may be sub-febrile, is there value in collecting absolute temperature? (yes)
- (10)(2e) (IE): for us the list would have to be quite short as well.

- (10)(2e) (Nivel): we will provide an updated list of symptoms for next protocol draft.
- (10)(2e) (Nivel): Pre-existing chronic conditions and vaccination: we would like to extend to pneumococcal and BCG vaccination if this is feasible and add other pre-existing conditions.
  - (10)(2e) (EN): under renal disease should we list also whether GFR and ACR tests have been done, as these have reasonably strong associations with COVID-19 with poor outcome?
  - (10)(2e) (10)(2e) (SC): for obesity, should we include height and weight so that we can define BMI and so can look at importance by range of BMI?
  - (10)(2e) (ECDC): we agree, as studies have shown different levels of BMI have impact; also do you collect whether Type 1 vs Type 2 diabetes, or is it possible to distinguish in the coding?
    - (10)(2e) ((10)(2e): each country can decide whether they include this or not (may be different in each site).
- (10)(2e) (Nivel): Can any network do follow-up of patients? In NL it is not possible as data are anonymised
  - (10)(2e) (EN): yes we are and we are doing it; some patients consulting the GP with confirmed COVID-19 are followed-up to obtain 28-day convalescent sera, among them are also volunteers donating sera for therapeutic trials; we are also involved in household study of serology across households, which we may extend; so for us this would be possible to participate
  - (10)(2e) (FR): Sentinelles has an ongoing project not yet launched to include all swabbed patients and follow-up for 30 days and provide swabs for self-swabbing at home to see how disease will evolve; this is an ad hoc study for a few weeks; we are having difficulties already in collecting enough swabs in ARI surveillance.

288695

- (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e) (SC): we can follow electronically using CHI numbers, can link through a Scottish study which recently been reactivated and expanded to include 1.2M people in Scotland; by electronic linkage we can make the most of this cohort
- (10)(2e) (10)(2e): the idea for the moment is to ask no questions other than whether patient was hospitalised (and if the patient died).
- (10)(2e) (IE): we would have this information but, similar to NL, we cannot identify patients so cannot link; but we can look at datasets and see if perhaps could link a proportion of them.
- (10)(2e) (10)(2e) (Epiconcept): those interested in taking part in this study - even if only partially feasible, could send me an email? This is not part of WP2 but WP4 so there is some additional budget associated with it.

- (10)(2e) (Nivel): for frequency of data delivery to Epiconcept and issues for data sharing: we aim for a monthly basis for individual data (data entry form available). Data transfer will be as for I-MOVE. Is this frequency feasible? What about data sharing?
  - (10)(2e) (10)(2e) and (10)(2e) (10)(2e) (Epiconcept): We want to avoid double reporting
  - (10)(2e) (ECDC): this would be very useful to have these data but we do not want double-reporting and would like to reduce the load as much as possible; depending on data flow to Epiconcept etc. If we know what is already being reported we can take this into account. For case-based data, we can organise through TESSy or otherwise to ensure no double-reporting with I-MOVE data (we can discuss to make sure of this). The timelines of weekly (aggregate) and monthly (case-based) are perfect, but we understand people are very busy so may not be possible.
  - (10)(2e) (Nivel): send us your suggestions by email and any worries about overlap, and what you think is feasible etc. and we will prepare the next draft.
  - (10)(2e) (10)(2e) (SC): we are trying to prepare for the information governance and data sharing; when is your expected first dataset? Is there a deliverable for data?
    - (10)(2e) (Nivel): unsure; common surveillance report is due in September, including pooled data.
    - (10)(2e) (10)(2e) (Epiconcept): the sooner the better within what is feasible; our deliverable is to summarise everything in September but if we can have data before this, it would be great.
    - (10)(2e) (10)(2e) (Epiconcept): also important to note regarding the surveillance report - the three deliverables are quite spaced out but it would be nice to have more frequent surveillance available. Many of you are already reporting your surveillance for your network, we don't want to duplicate. So we need to decide what we report - do we refer to your website, paste your report or summarise everything? Also does it make sense to pool at this level, how much heterogeneity is there in the systems? But it would be useful to have data as frequent as possible with surveillance reports.
    - (10)(2e) (Nivel): if there are great differences between countries it would be important to see this; if a country is using the I-MOVE protocol it would be easier to share/pool - all suggestions are welcome. We have to be careful that data are anonymised.

- (10)(2e) (Nivel): the last issue to address is where testing of patients is not feasible, are alternative approaches available for you? i.e. should we include any other areas, what are your thoughts?
    - (10)(2e) (PT): we will include dedicated centres and Influenzanet (adapted to COVID-19), so we have participatory surveillance.
    - (10)(2e) (NL): participatory surveillance is possible for NL. We are part of Influenzanet.
    - (10)(2e) (NL): and surveillance based on (telephone) consultation data is in use, for COVID-19, ARI and other outcomes.
    - (10)(2e) (10)(2e) (SE): in Sweden we already have phone consultation running. But this will stop during influenza season. We also have a cohort with self-reported symptoms each week. Difficult to disentangle what is what.
    - (10)(2e) (10)(2e) (SC): in Scotland, we have dedicated COVID-19 centres. We are trying to get info from triage centres. In terms of participatory surveillance: there are a few apps around but we do not have access to these data yet.
    - (10)(2e) (FR): in France we collect data on incidence of ARI consultations. COVID surveillance is based on ARI surveillance in France. It would be difficult to change especially during influenza season. We are also part of Influenzanet.
    - (10)(2e) (ES): in Spain we are planning to use ARI definition for COVID surveillance; we are going to use weekly ARI consultations (normal GP or phone consultations) using sentinel GPs in some regions, in others sentinel-dedicated COVID-19 surveillance, depending on region. At first we will try to test every suspected COVID-19 case and if not feasible will try to implement systematic swabbing of suspected cases same as we do for influenza surveillance. We are now setting this all up and at the moment do not have all of the completed information.
    - (10)(2e) (IE): all of our GPs have phone consultations now and refer COVID-19 to dedicated testing centres; what we are trying to do is identify which patients are from sentinel GP network and which from other GPs. The plan is to have both of these datasets but it is a work in progress.
- (10)(2e) (ECDC): is there a plan/timeline for genetic analysis and sequencing? We can support sequencing through a contract. Is there a central lab for I-MOVE? Note that we can help to fund this; we can do as for I-MOVE in TESSy where we collect the GISAID number etc. and indicate sequences coming from cases included in I-MOVE.
    - (10)(2e) (10)(2e) (Epiconcept): Part of our proposal is to include clade-specific information and to describe over time and also to look at RFs for clade; we have not yet discussed timelines; maybe we can ask this now: whether people are sequencing and what delays are expected?
    - (10)(2e) (10)(2e) (Epiconcept): the genetic aspect of the surveillance is coordinated by Paco Pozo and (10)(2e) from the National Reference Centre in Spain but they have asked us to wait a few weeks before they can organise this; there is no central lab as many countries have the capacity.
    - (10)(2e) (10)(2e) (SE): we are running this and have already uploaded 90 samples to GISAID, we will continue doing this; once you have established the WGS platform it is easy to keep going.
    - (10)(2e) (10)(2e) (SC): for Scotland we now have about 1000 samples across the country being sequenced as part of a UK project; it would be very useful for us to

have a protocol or sampling frame as we could then request that these samples are of interest and then we can provide you this information.

- (10)(2e)); (10)(2e) (Epiconcept): we propose to do very similar to influenza; those who can sequence all samples are very welcome to do all; in the I-MOVE influenza VE study what happens is that among the viruses a random sample is selected for sequencing, so that it is representative
- (10)(2e) (' (10)(2e) (Epiconcept): we need to have a meeting asap when Paco Pozo/Inmaculada Casas Flecha, once they have the time, to discuss the lab aspects; we will include ECDC.

- We look forward to all suggestions and comments by email to Mariette, Esther or Marta; we will produce the next protocol draft addressing the most commonly raised issues; those interested in the RF study please also send an email to us.

4. Action points

	Action	Responsible (deadline)
1	Send comments and suggestions on items discussed in today's meeting to Nivel/Epiconcept	All sites (by 12 May)
2	Let Nivel/Epiconcept know if your site can participate in the aggregated surveillance, the case-based surveillance, both or neither at this current point in time.	All sites (by 12 May)
3	Prepare next draft of surveillance protocol	Nivel and Epiconcept (18 May)
4	Prepare next draft of RF protocol	Epiconcept (18 May)
5	Send email to Esther if interested in participating in RF study	All interested sites (12 May)
6	Arrange meeting to discuss laboratory aspects	Epiconcept (meeting before 20 May)
7	Contact Epiconcept if interested in using another (not TND) style of control selection for RF study (http://arxiv.org/abs/2004.06033.)	Relevant sites (18 May)
8	Send to Nivel/Epiconcept existing questionnaires or protocols (country-specific)	All sites (12 May)

5. Annex 1: presentation from the meeting

288696

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Wed 5/6/2020 12:31:21 PM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (41)
Received: Wed 5/6/2020 12:33:17 PM

Bekijk online

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (41)

6 mei 2020

Dit is een gecombineerd (10)(2e)@ (10)(2e) @ctbericht.

In dit bericht:

Na (Lab)Inf@ctbericht (39) van vrijdag 24 april en de Inf@ct (40) alleen voor GGD'en van woensdag 29 april ontvangt u nu aanvullende informatie over de volgende onderwerpen:

- Testbeleid zorgmedewerkers
- Testbeleid in het kader van de transitiestrategie
- Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 herzien
- Gevoeligheid van de PCR voor SARS-CoV-2-detectie en afnametechnieken
- Besmettelijkheid, einde isolatie en werkhervatting na COVID-19
- In voorbereiding

Bericht:

Testbeleid zorgmedewerkers

Het testbeleid van zorgmedewerkers binnen en buiten het ziekenhuis is per direct aangepast en verruimd. Het testbeleid in de LCI-richtlijn is op dit beleid reeds aangepast.

Uit onderzoek blijkt dat de hoeveelheid virus in patiënten het hoogst is rond het moment waarop de symptomen beginnen (He et al. 2020, Kim et al. 2020, Zou et al. 2020). Daarom is de drempel voor het testen van minimaal 24 uur symptomen van COVID-19 verlaten. In de praktijk leidt deze drempel tot extra vertraging en daarom is deze niet gewenst. Vanaf morgen 7 mei 2020 zal dit beleid ook gecommuniceerd worden via de RIVM-website. Daarnaast is het beleid rond het 'COVID-19-vrij verklaren' en hervatten van de werkzaamheden aangescherpt op basis van de laatste onderzoeken, zoals ook verder in deze (Lab)Inf@ct te lezen is.

Een zorgmedewerker met symptomen van COVID-19 (hoesten en/of neusverkouden en/of koorts) die directe zorg verleent aan een patiënt/cliënt, kan GETEST worden.

Totdat de testuitslag bekend is:

- Medewerkers met koorts: thuisblijven.
- Medewerkers zonder koorts: bij voorkeur thuisblijven of anders persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) gebruiken zodat de medewerker de patiënt/cliënt niet besmet. Volg hierin de richtlijnen van de beroepsgroep.

Als de testuitslag bekend is:

- Indien de test negatief is: aan het werk met algemene hygiënemaatregelen.
- Indien de test positief is: thuisblijven en uitzieken tot minstens 7 dagen na het ontstaan de klachten EN minstens een dag nadat alle klachten volledig verdwenen zijn.*

** Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.*

Paramedici met direct patiëntencontact en symptomen van COVID-19 kunnen vanaf nu getest worden. Paramedici, met name de fysiotherapeuten, als zijnde zorg-contactberoep, gaan hun zorg opstarten om de noodzakelijk zorg, ook voor (ex-)COVID-19-patiënten, te geven. Recent is door de beroepsgroep een richtlijn gepubliceerd waarin testbeleid en PBM staan beschreven als voorwaarden voor de opschaling.

Testbeleid in het kader van de transitiestrategie

Eerder is al gemeld dat het OMT van 20 april adviseerde om beroepsgroepen die betrokken zijn bij de versoepelde maatregelen gericht te monitoren om eventuele effecten van de gewijzigde maatregelen op mate van SARS-CoV-2-transmissie vroeg te detecteren. Dit testbeleid is in het kader van de herstart van het basisonderwijs en de kinderopvang aangevuld (zie Uitgangspunten voor het testen van personen behorende bij het versoepelen van de

maatregelen) met:

Kinderen van 0 t/m 12 jaar (in overleg met ouder/verzorgende) in het (speciaal) basisonderwijs en kinderen die opgevangen worden op een (medisch) kinderdagverblijf of de buitenschoolse opvang **wanneer er sprake is van een ongewoon aantal kinderen met klachten van COVID-19 (3 of meer kinderen) in een groep (Artikel 26)***.

Een persoon met klachten moet vanaf het moment dat de klachten ontstaan totdat de testuitslag bekend is, thuisblijven.

- Indien de test negatief is: naar school/kinderopvang met algemene hygiënemaatregelen.
- Indien de test positief is: thuisblijven en uitzieken tot minstens 7 dagen na het ontstaan de klachten EN minstens een dag nadat alle klachten volledig verdwenen zijn.*

** Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.*

NB Personen die ernstige klachten hebben (hoge koorts en/of benauwdheid) of vanwege andere (ernstige) aandoeningen tot de risicogroep behoren nemen zoals gebruikelijk bij (ernstige) ziekte zelf contact op met hun huisarts of specialist voor diagnostiek en behandeling. Dit staat los van het testbeleid in het kader van de herstart van de scholen en de kinderopvang.

De regie voor het testen ligt bij de GGD in de regio. Meer informatie vindt u de op website van GGD GHOR Nederland.

Op dit moment wordt verder uitgezocht of speeksel voor virusdetectie gebruikt kan worden en welke speekselafnamesystemen gebruikt kunnen worden en beschikbaar zijn voor het testen van jonge kinderen.

Protocol bron- en contactonderzoek COVID-19 herzien

Het protocol bron- en contactonderzoek, onderdeel van de LCI-richtlijn COVID-19, is per vandaag 6 mei aangepast. Het doel van bron- en contactonderzoek is om contacten te identificeren, hen te informeren over de blootstelling en het risico op besmetting, en hen te wijzen op maatregelen die genomen moeten worden om verdere verspreiding van COVID-19 te voorkomen.

Nu we overgaan naar de transitiefase en maatregelen stapsgewijs worden losgelaten, is uitbreiding van bron- en contactonderzoek essentieel om verspreiding van SARS-CoV-2 te beperken. Het protocol bron- en contactonderzoek is daarom aangescherpt en gewijzigd. Onderstaande zal zo snel mogelijk terug te vinden zijn in de LCI-richtlijn COVID-19.

Bron- en contactonderzoek wordt gestart binnen 24 uur na melding. Snelheid is belangrijk in de COVID-19-bestrijding vanwege de korte incubatieperiode en vroege besmettelijkheid. De definitie van de besmettelijke periode is aangepast, namelijk vanaf 2 dagen voor het begin van

de klachten van de indexpatiënt.

De contacten zijn anders ingedeeld, namelijk in:
1) huisgenoten;
2) overige nauwe contacten (contact > 15 minuten op < 1,5 meter afstand, of kortdurend hoogrisicoblootstelling op < 1,5 meter afstand);
3) overige (niet nauwe) contacten (contact > 15 minuten op > 1,5 meter afstand).

Het beleid voor de 3 categorieën is aangescherpt, namelijk strikte quarantaine voor huisgenoten (mondeling toegelicht door de GGD) en een dringend thuisblijfadvies voor 'overige nauwe contacten' (schriftelijk geïnformeerd door de GGD). De overige contacten kunnen ook door de index of de instelling op de hoogte gebracht worden van het risico en te nemen acties. Voor alle 3 categorieën gelden de algemene hygiëneadviezen, het advies om alert te zijn op klachten (hoesten of neusverkoudheid of koorts) en direct contact op te nemen met de GGD als klachten ontstaan. Als deze klachten passen bij COVID-19 dan wordt direct getest op het SARS-CoV-2-virus.

Het protocol wordt momenteel uitgewerkt met voorbeelden en voorbeeldbrieven voor de 3 soorten contacten en deze worden later deze week aan GGD'en beschikbaar gesteld. GGD GHOR Nederland heeft een stuurgroep BCO ingericht, die zicht richt op opschaling en (digitale) verbetermogelijkheden voor BCO.

Gevoeligheid van de PCR voor SARS-CoV-2-detectie en afnametechnieken

De SARS-CoV-2-PCR is de meest gevoelige methode voor diagnostiek in de acute fase van infectie. Echter het verkrijgen van een correcte uitslag van een PCR op het SARS-CoV-2 hangt af van meerdere beïnvloedbare factoren. Een van deze factoren is de kwaliteit van de monsterafname, reden om er in deze (Lab)Inf@ct aandacht aan te besteden. Vankrunkelsven en collega's schreven hier recent in het Belgisch Tijdschrift van Geneeskunde een artikel over.

De gevoeligheid of sensitiviteit van de PCR kan je bekijken als technische (ook wel analytische) sensitiviteit en klinische sensitiviteit. De technische sensitiviteit kijkt naar wat de kleinste hoeveelheid viraal RNA is die gedetecteerd kan worden. Technisch gezien zijn de in Nederland gebruikte PCR-testen in staat om zeer kleine, klinisch relevante hoeveelheden viraal RNA aan te tonen en de labs die deze techniek toepassen hebben dit ook met behulp van de testpanels van RIVM-IDS laten zien.

Voor de klinische sensitiviteit van de PCR, het aantonen met PCR van wie de ziekte heeft en wie niet, spelen er ook nog andere factoren een rol, zoals het moment van monstername ten opzichte van de start en de ernst van de symptomen, het soort patiëntmateriaal (bijv. neus- en/of keelmonster, of dieper uit de luchtwegen, zoals sputum of BAL), de juiste afnametechniek, het soort wattenstok en transport medium en bewaar- en transportcondities. Ook individuele verschillen in de plaats en kinetiek van virusreplicatie en de hoeveelheid virusuitscheiding spelen

een rol. Een beïnvloedbare factor is de kwaliteit van monsterafname waarbij er een behoorlijk verschil kan zitten tussen verschillende bemonsteraars. Een (gecombineerde) nasofarynx (neus) en orofarynx (keel) wattenstok heeft de hoogste klinische sensitiviteit in de eerste week na begin van symptomen van COVID-19. Daarbij dient een keeluitstrijk afgenomen te worden van de achterwand van de keel waar het virus vermenigvuldigt; dat is beter dan van de farynxbogen of tonsillen die voor bacteriële keelinfectie de betere plaats zijn voor bemonstering. Instructies inclusief video vindt u op de LCI-website. Later in de infectie is monsterafname dieper uit de luchtwegen (zoals sputum of BAL) gevoeliger, omdat de plaats van virusvermenigvuldiging zich verplaatst kan hebben van de bovenste naar de onderste luchtwegen.

Besmettelijkheid, einde isolatie en werkhervatting na COVID-19

Naar aanleiding van nieuwe inzichten over virale load en besmettelijkheid is het beleid rond het opheffen van isolatie rond een patiënt met COVID-19 aangescherpt voor buiten het ziekenhuis. Deze is te vinden in de LCI-richtlijn. Dit heeft ook consequenties voor de werkhervatting door zorgmedewerkers met een bevestigde COVID-19-infectie. Zij dienen tot ten minste 7 dagen na de start van de symptomen thuis te blijven. Let hierbij op mogelijke uitzonderingen voor bijvoorbeeld immuungecompromiteerde patiënten en mensen met aanhoudende hoestklachten.

De FMS-expertisegroep infectiepreventie heeft voor patiënten en medewerkers in het ziekenhuis een leidraad gepubliceerd voor het uit isolatie halen van een patiënt. Deze leidraad is meegenomen in de LCI-richtlijn en is hiermee ook in overeenstemming. Beide richtlijnen zijn bekend bij Verenso en zullen in overleg met hen aanleiding zijn om de Verenso-richtlijnen ook aan te passen.

In voorbereiding

- Aanvulling op de paragraaf Bron- en contactopsporing in de LCI-richtlijn COVID-19. Er zijn verschillende werkgroepen gestart om dit verder vorm te geven, rekening houdend met grotere aantallen patiënten en contacten en eventueel gebruik van een app.
- Arbo-kader voor herstart contactberoepen.
- Mogelijkheid gebruik van speeksel (verzameld met o.a. sponsje op stok) voor het testen van jonge kinderen.

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.
- **RIVM-LCI:** tel. 030-2747000 (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **RIVM dd. viroloog**: tel. 030-2748558 (ook buiten kantooruren bereikbaar)

- **Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience**: tel. 010-7033431 (buiten kantooruren: 010-7040704)

Meer informatie

- ECDC
- WHO en Dagelijkse WHO situation reports
- RIVM (algemene informatie)
- LCI-richtlijn COVID-19
- Rijksoverheid

Auteurs: (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (GGD Gelderland Midden/RAC), (10)(2e) (GGD Hollands Noorden/RAC), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (Erasmus MC), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM)

Bericht verstuurd aan: leden Labinf@ct en Inf@ct

VERTROUWELIJK

Dit bericht is strikt vertrouwelijk en uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking aan en gebruik door anderen is niet toegestaan.

via https://www.rivm.nl/abonneren.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

De LCI is op werkdagen bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur via (10)(2e)@rivm.nl.

To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: RIVM (Lab)Infact
Sent: Wed 5/20/2020 3:29:53 PM
Subject: (Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (44)
Received: Wed 5/20/2020 3:31:25 PM

Bekijk online

(Lab)Inf@ct: COVID-19 (nieuw coronavirusinfectie) (44)

20 mei 2020

Dit is een gecombineerd (10)(2e) @ (10)(2e) @ctbericht.

In dit bericht:

Na (10)(2e) @ctbericht 43 van maandag 18 mei met informatie voor de GGD'en over testbeleid en maatregelen in het kader van de Wet publieke gezondheid ontvangt u nu aanvullende informatie over de volgende onderwerpen:

- Aanpassing meldcriteria
- Protocol Bron- en contactonderzoek voor GGD'en
- Registratie contacten in HPZone
- Versoepeling bezoekregeling verpleeghuizen
- Aerogene verspreiding van SARS-CoV-2
- Handreiking: Veilige heropening bedrijven en instellingen
- Wekelijkse rapportage testuitslagen GGD-teststraten

Bericht:

Aanpassing meldcriteria

Het meldcriterium voor een bevestigde patiënt luidde tot nu toe: 'Elke persoon waarbij door middel van RT-PCR op twee onafhankelijke targets een infectie met SARS-CoV-2 is vastgesteld'. Omdat PCR-testen inmiddels goed gevalideerd zijn en hetzelfde geldt voor andere nucleïnezuur-amplificatietesten is het meldcriterium aangepast in: 'Elke persoon waarbij door middel van gevalideerde PCR of andere nucleïnezuur-amplificatietest een infectie met SARS-CoV-2 is vastgesteld'. De richtlijn is hierop aangepast.

Protocol Bron- en contactonderzoek voor GGD'en

Zoals besproken in het Webinar BCO van 19 mei is het protocol Bron- en contactonderzoek COVID-19 op een aantal punten herzien.

- De overige nauwe contacten worden verdeeld in categorie 2a (blootstelling langer dan 15 minuten) en 2b (kortdurende hoogrisicoblootstelling). Hierdoor kan de mate van het risico op overdracht beter worden opgevolgd en kunnen bijbehorende maatregelen zo nodig per subgroep worden aangepast.
- De GGD informeert de huishoudcontacten én de nauwe contacten (zowel categorie 2a als categorie 2b) telefonisch, en heeft halverwege en aan het einde van de monitoringsperiode nogmaals telefonisch contact met deze contacten.
- De leefregels voor overige nauwe contacten zijn verduidelijkt: zij blijven thuis en mogen niet buiten de deur werken. Een uitzondering hierop kan gemaakt worden in overleg met de GGD voor mensen werkzaam in de vitale sector of met cruciale beroepen.
- Het beleid voor vliegtuigcontacten is nader toegelicht.

In de Viadeskgroep COVID-19 voor GGD'en komt een Q&A beschikbaar voor GGD'en over het BCO. Daarnaast is er een Verpleegkundig Stappenplan Infectieziekten (VSI) beschikbaar. Vragen over het BCO kunnen gestuurd worden naar (10)(2e) @rivm.nl.

Registratie contacten in HPZone

Hierbij verzoeken we alle GGD'en om vanaf vandaag voor alle contacten in HPZone weer aan te geven dat deze gerapporteerd worden aan de LCI. Dit vond ook in het begin van de pandemie plaats. De GGD'en zullen tevens via mail en via een bericht in de HPZone-gebruikersgroep dit verzoek ontvangen. De contacten uit categorie 1 (huisgenoten), categorie 2a (overige nauwe contacten, lang), 2b (overige nauwe contacten, kort hoogrisico blootstelling) dienen op individuele basis geregistreerd te worden in HPZone. Op deze wijze vindt dagelijks geautomatiseerde terugkoppeling plaats naar LCI en EPI over het aantal contacten in monitoring en hun gezondheidstatus.

Graag hiervoor een '**Contact**' aanmaken, gelinkt aan een index (met Osirisnummer). Bij al deze contacten dient '**rapportage LCI**' aangevinkt te zijn. Met de GGD'en zonder HPZone zal de LCI een aparte werkwijze afspreken.

Versoepeling bezoekregeling verpleeghuizen

Sinds 11 mei j.l. is de bezoekregeling voor een aantal verpleeghuizen versoepeld. Op 25 verpleeghuislocaties (1 per veiligheidsregio) wordt in het kader van een pilot-project per bewoner 1 vaste bezoeker toegelaten. Verenso, ActiZ, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, V&VN, en Zorgthuisnl hebben hiervoor een handleiding ontwikkeld. Daarom kunnen nu, naast medewerkers van verpleeghuizen, ook vaste bezoekers die klachten ontwikkelen die passen bij COVID-19 getest worden in de teststraten van de GGD. Vanaf 25 mei zal het aantal locaties waar vaste bezoekers worden toegelaten in overleg met de DPG's worden uitgebreid.

Aerogene verspreiding van SARS-CoV-2

Het ministerie van VWS heeft aan het RIVM advies gevraagd over de rol van ventilatiesystemen bij overdracht van SARS-CoV-2. Ook andere partijen, waaronder GGD GHOR Nederland, TNO en Techniek Nederland, hebben het RIVM om advies gevraagd over aerogene verspreiding van SARS-CoV-2 over langere afstand en of, en zo ja wat voor, gevolgen dit heeft voor systemen die het binnenklimaat regelen.

Er is op dit moment onvoldoende bewijs dat aerogene transmissie van SARS-CoV-2 relevant is in de verspreiding van SARS-CoV-2. Aerosolen zouden mogelijk relevant kunnen zijn bij verspreiding van SARS-CoV-2 bij zingen en sporten. Over deze settings volgt een separaat advies.

Op basis van de huidige inzichten zijn aanpassingen van ventilatiesystemen niet nodig. De geldende richtlijnen en onderhoudsinstructies kunnen worden gevolgd. Het is wel van belang dat er mogelijkheden zijn om te ventileren; goed ventileren is nodig voor het verversen van de lucht en draagt bij aan een prettig en gezond binnenklimaat. De onderbouwing van dit advies is hier te vinden.

Handreiking: Veilige heropening bedrijven en instellingen

Een deel van de vanuit overheidsredenen gesloten voorzieningen gaat weer open op 1 juni. Het gaat bijvoorbeeld om restaurants en cafés (incl. terrassen), bioscopen, musea, monumenten en culturele instellingen en/of activiteiten zoals theater en concertzalen. Met een goede gezondheidscheck voor zowel medewerkers als bezoekers, afstand houden en het consequent naleven van de algemene hygiëneadviezen – naast de reeds bestaande richtlijnen en

kwaliteitsnormen binnen de verschillende beroepsgroepen – is het in principe niet nodig om persoonlijke beschermingsmiddelen te gebruiken. Op de RIVM-website is een handreiking opgenomen voor het veilig heropenen van deze bedrijven en instellingen. Brancheverenigingen en koepelorganisaties zijn op dit moment bezig met het vertalen van de RIVM-richtlijnen naar hun eigen werkvloer in protocollen.

Wekelijkse rapportage testuitslagen GGD-teststraten

In verband met Hemelvaartsdag kan de Osiris-vragenlijst 'Weekoverzicht GGD-Testraten' op vrijdag 22 mei ingevuld worden. Volgende week zal meer informatie volgen over de automatische rapportage vanuit CoronIT.

In voorbereiding

- Mogelijkheid gebruik van speeksel (verzameld met o.a. sponsje op stok) voor het testen van jonge kinderen
- Aanpassing brieven voor contacten
- Herstart voortgezet onderwijs

Contactgegevens

- **Overleg met uw regionale GGD** over casuïstiek of mogelijk verdachte gevallen in uw regio. Het nummer is te vinden op www.ggd.nl.
- **RIVM-LCI:** tel. 030-2747000 (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **RIVM dd. viroloog**: tel. 030-2748558 (ook buiten kantooruren bereikbaar)
- **Erasmus MC, dd. viroloog unit Klinische Virologie afdeling Viroscience**: tel. 010-7033431 (buiten kantooruren: 010-7040704)

Meer informatie

- ECDC
- WHO en Dagelijkse WHO situation reports
- RIVM (algemene informatie)
- LCI-richtlijn COVID-19
- Rijksoverheid

288700

Auteurs: (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (10)(2e) (GGD Gelderland Midden/RAC), (10)(2e) (GGD Hollands Noorden/RAC), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (Erasmus MC), (10)(2e) (CIb/RIVM), (10)(2e) (CIb/RIVM)

Bericht verstuurd aan: leden Labinf@ct en Inf@ct

VERTROUWELIJK

Dit bericht is strikt vertrouwelijk en uitsluitend bestemd voor de geadresseerde(n). Verstrekking aan en gebruik door anderen is niet toegestaan.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

Een overzicht van alle berichten vindt u in het archief. Het berichtenarchief is besloten.

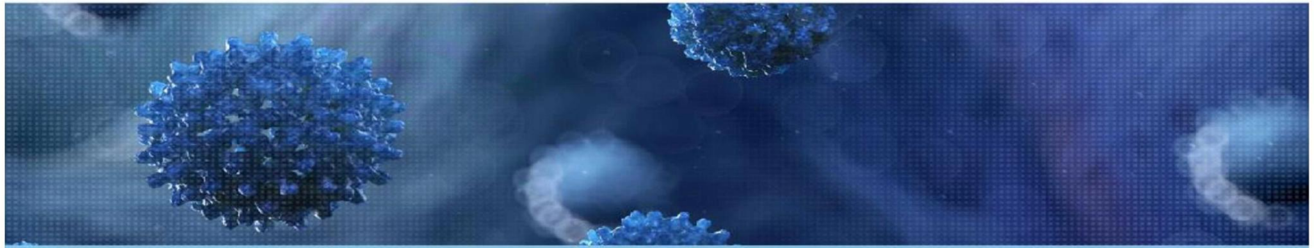
De LCI is op werkdagen bereikbaar tussen 8.30 en 17.00 uur via (10)(2e)@rivm.nl.

Erasmus MC

compare

Viroscience lab

WHERE SKILLS MEET TO STUDY & PROTECT



24-5-2020 Overzicht WGS ten behoeve van COVID-19 bestrijding

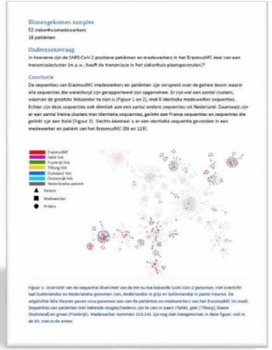
(10)(2e), David Nieuwenhuijse, (10)(2e), (10)(2e) (10)(2e)

@MarionKoopmans; (10)(2e)@erasmusmc.nl



1. Workflow: realtime sequencing (als nodig)
2. Metadata verzameling LCI/GGD/zkh
3. Phylogenie en cluster analyses
4. Rapportages voor LCI, OMT, GGD, instellingen
5. Sequence delen met GISAID en nextstrain


Rapportage sequencing ErasmusMC.



Stand van zaken

- Steekproef van alle nieuwe casus van 28-2-2020 tot nu
- Regionale afspiegeling ivm representativiteit sequentie diversiteit
- Verdiepende studie HCW peiling Brabant 5-8 Maart
- Analyse van clusters
    - VPH
    - Ziekenhuizen
    - Dieren
    - Bijzondere uitbraken BCO

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

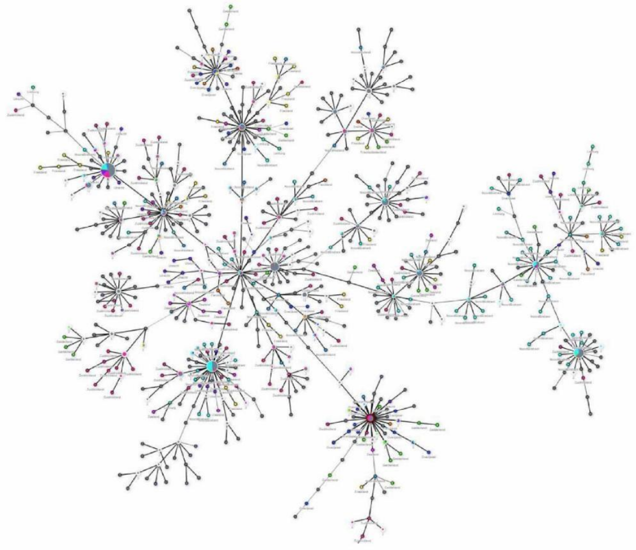
En velen bij LCI , GGD, labs!

288701

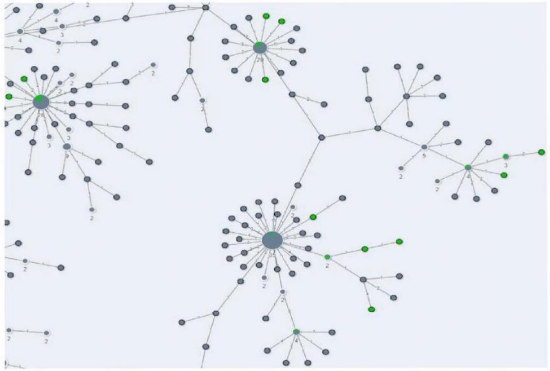
Regionale sampling over de tijd los van vraagstellingen

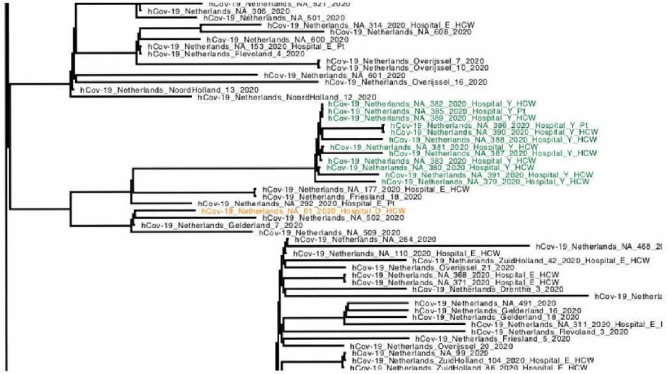
Eerste indicaties regionaal beeld

Drente	4	NoordHolland	34
Flevoland	15	Overijssel	33
Friesland	46	Utrecht	46
Gelderland	47	Zeeland	28
Limburg	15	ZuidHolland	188
NoordBrabant	156	Groningen	0



Beoordelen van sequenties tegen achtergrond, maximum likelihood en minimum spanningtree, voor identifictie van clusters





Verpleegtehuisclusters
(NB kwaliteit sampling, Ct waarden)

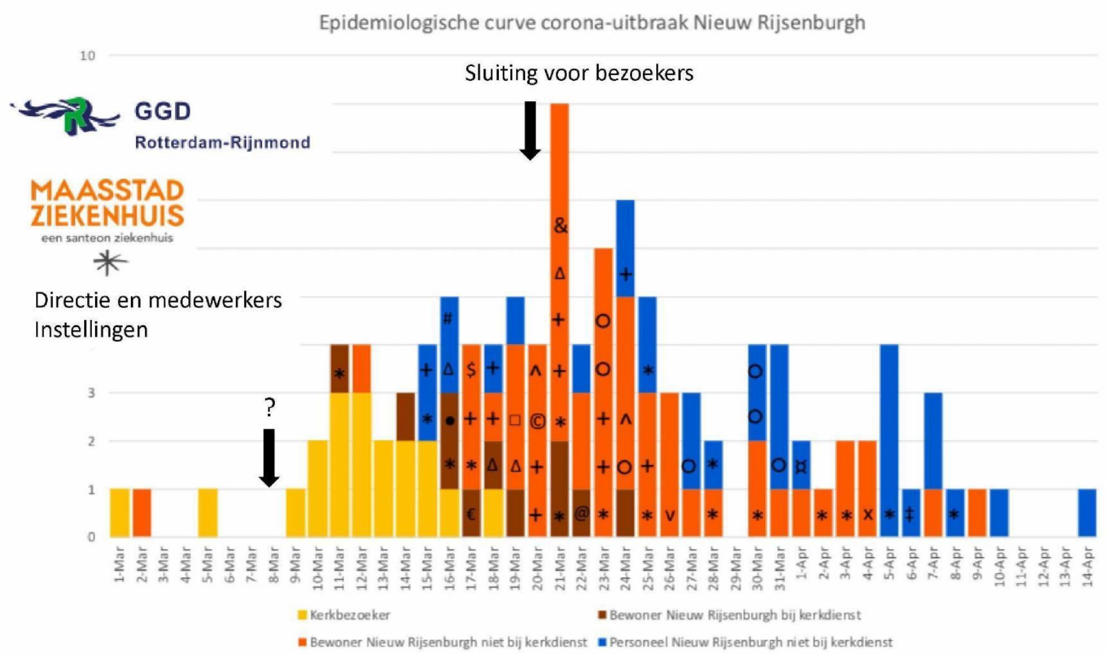
Verpleegtehuis	Plaatsnaam	inzender	afname	HCW	Pt	% sequenties in mogelijk transmissiecluster *(geen gedefinieerde cutoff)*
Akropolis	Rotterdam	STAR	31 mrt tm 7 april	5	4	56% (5/9)
Leeuwenhoek	Rotterdam	STAR	26 mrt tm 3 april	5	5	90% (9/10)
Oranjehoeck	Bergschenhoek	STAR	27-mrt		10	40% (4/10)
Nieuw Rijssenburg	Sommelsdijk	Maasstad	17 mrt tm 8 april	25	40	*Zie volgende slides*
GGD Amsterdam VPH1tm 4	Amsterdam	GGD Amsterdam	onbekend	6	29	VPH1&2 onvoldoende sequenties VPH3: 2 mogelijke clusters van 53% (9/17) en 41% (7/17) VPH4: 29% (4/14)
De Kasteelhof	Druten	CWZ	1 april- 9 april	7	6	92% (12/13)
De Mookerhof	Mook	CWZ	31 mrt -7 april	7	2	100% (9/9)
Swinhove	Zwijndrecht	GGD ZHZ	19-23 april	4	2	83% (5/6)
Instelling verstandelijk gehandicapten	Ede	VGGM	6-22 april		7	100% (7/7) *(1 zit wel in zelfde cluster, maar scheelt ¾ nucleotides met de rest)*
Hoogstaete	Sittard	GGD ZL/Zuyderland	03-mrt		1	
Verpleeghuis	Goes		22 mrt tm 16 april	3	8	
Totaal				**62**	**114**	

13 instellingen

5x eenduidige clustering; 4 x meerdere clusters of gemengd beeld

1 x te weinig samples; 1x te weinig achtergrond; 2 in onderzoek

288701


Epidemiologische curve corona-uitbraak Nieuw Rijsenburgh
Sluiting voor bezoekers
GGD
Rotterdam-Rijnmond
MAASSTAD
ZIEKENHUIS
een santeon ziekenhuis
Directie en medewerkers
Instellingen
?
Kerkbezoeker
Bewoner Nieuw Rijsenburgh bij kerkdienst
Bewoner Nieuw Rijsenburgh niet bij kerkdienst
Personeel Nieuw Rijsenburgh niet bij kerkdienst

Nieuw Rijssenburgh (Goerree Overvlakkee)

Verband met kerkdienst?

7 sequenties MW en cliënten die de kerkdienst van 8 maart hebben bezocht.

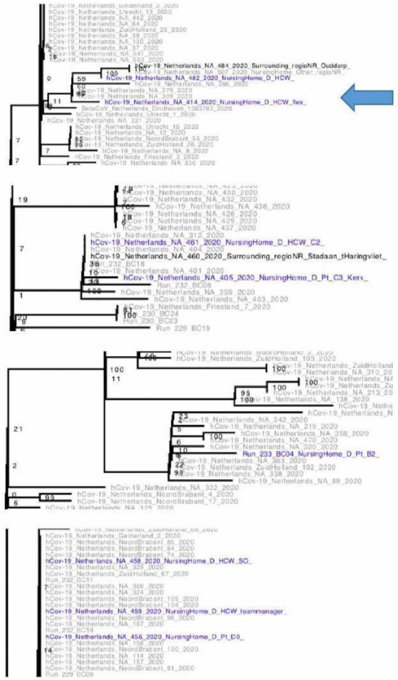
alle zeven verschillend (>3 nucleotiden verschil)

3/7 deel groter cluster regio

→ community spread voorafgaand aan kerkdienst en verpleeghuisuitbraak?

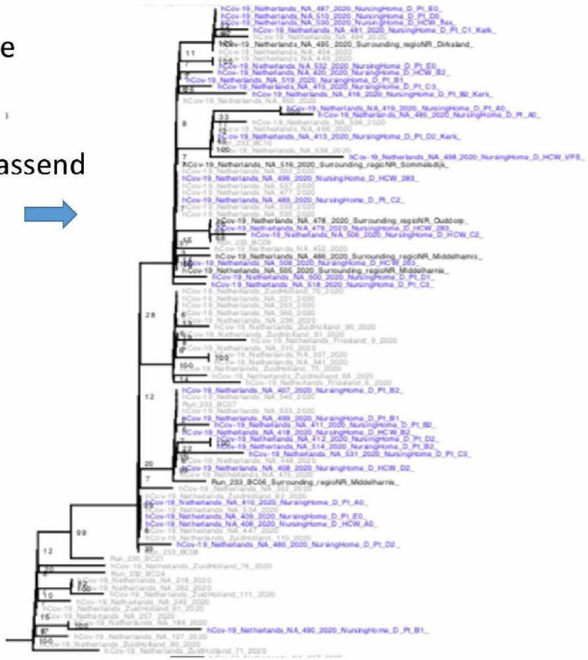


288701



Sproadische gevallen

Gevallen passend bij regio



Nieuw Rijssenburgh (3)

- Eén mogelijk transmissiecluster: 11 medewerkers en cliënten (maximaal 1nt verschil) gelinkt aan afdeling B1/B2

- Eindconclusie

- Er zijn verschillende introducties van SARS-CoV-2 virussen te zien, met en zonder waarschijnlijke vervolgtransmissie binnen de zorginstelling. Er lijkt één cluster te zijn die gelinkt is aan afdeling B1/B2. Daarnaast zijn er meerdere kleinere clusters van identieke of vrijwel identieke sequenties van medewerkers en/of cliënten.



288701

Ziekenhuisclusters

Ziekenhuizen	Plaatsnaam	Afdeling?	afname	HCW	Pt	% sequenties in mogelijk transmissiecluster *(geen gedefinieerde cutoff)*
ziekenhuisstudie Amphia, Bravis, ETZ	Tilburg, Roozendaal, Breda					
Bernhoven	Uden	Bernhoven	6-8 Mrt	5	2	0%
JBZ	Den Bosch	JBZ	2 -8 Mrt	2	2	0%
Rijnstate	Arnhem	Chirurgische patienten	24 mrt tm 14 april	11	2	92% (12/13)
later ingestuurd, andere afdeling?			3-29 april	7		67% (4/6)
Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen	Psychiatrie	18-31 mrt	8		88% (7/8)
Ziekenhuis onbekend	Dordrecht	Geriatrie	25-30 mrt	5	2	100% (7/7)
ErasmusMC				226	180	Ongoing: alle Pt en HCWs worden gesequenced
UMC				7	5	
Totaal				**45 (+226 EMC)**	**13 (+180 EMC)**	

5 x Brabant, vroeg epidemie: clustering mn extra muraal of niet
3 x cluster intramuraal, chirurgie, psychatrie, geriatrie
1 x nog in onderzoek

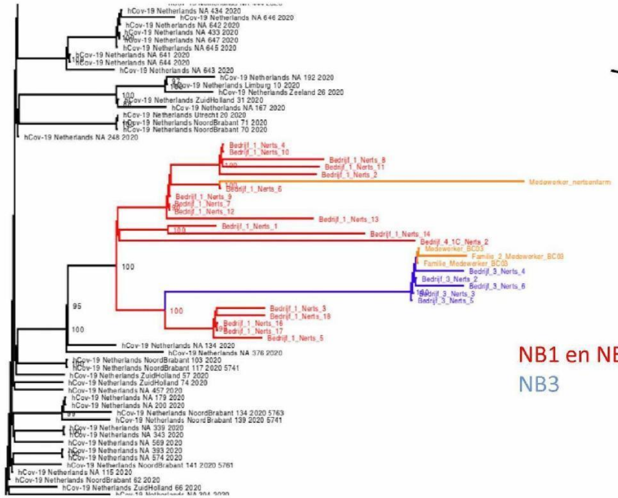
Tijdlijn Covid-19 bij dieren

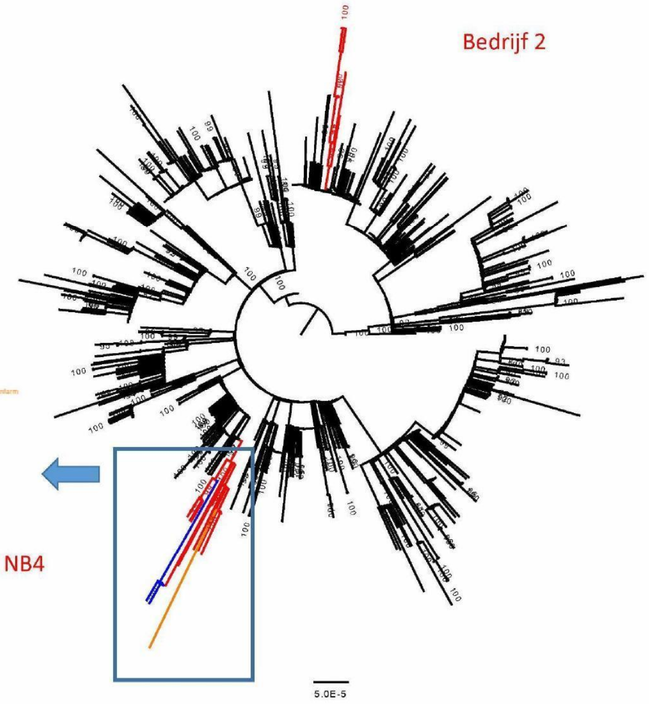


Universiteit Utrecht | Diergeneeskunde | Wageningen University & Research | GD | Erasmus MC | LCI en GGD

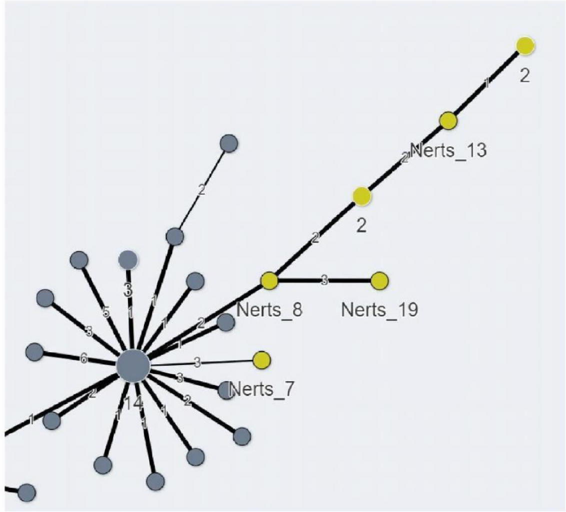
288701

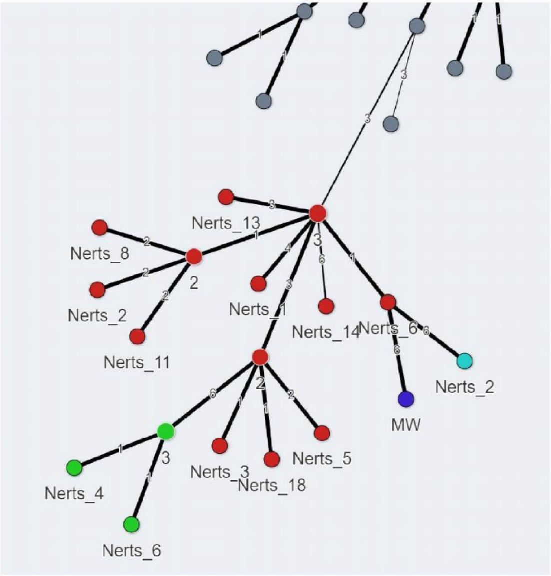
Vergelijking van virussen op de bedrijven (rood en blauw) wijst op een verband tussen de infecties op NB1, NB3 en NB4 en een onafhankelijke introductie in NB2





Relatief grote diversiteit wijst op al langer durende circulatie nertsen







GGD Zuid Limbug, (10)(2e) (10)(2e), Amanja Verhaegh

Vier leraren op basisschool in Limburg besmet, ouders ingelicht

21 mei 2020 16:09
Aangepast: 21 mei 2020 16:17



To: (10)(2e) @sozialministerium.at'[(10)(2e) @sozialministerium.at]; (10)(2e) @health.fgov.be'[(10)(2e) @health.fgov.be]; (10)(2e) @mh.government.bg'[(10)(2e) @mh.government.bg]; (10)(2e) @hzjz.hr'[(10)(2e) @hzjz.hr]; (10)(2e) @spidernet.com.cy'[(10)(2e) @spidernet.com.cy]; (10)(2e) @mzcr.cz'[(10)(2e) @mzcr.cz]; (10)(2e) @sst.dk'[(10)(2e) @sst.dk]; (10)(2e) @terviseamet.ee'[(10)(2e) @terviseamet.ee]; (10)(2e) @thl.fi'[(10)(2e) @thl.fi]; (10)(2e) @sante.gouv.fr'[(10)(2e) @sante.gouv.fr]; (10)(2e) @sante.gouv.fr'[(10)(2e) @sante.gouv.fr]; (10)(2e) @nnk.gov.hu'[(10)(2e) @nnk.gov.hu]; (10)(2e) @landlaeknir.is'[(10)(2e) @landlaeknir.is]; (10)(2e) @sanita.it'[(10)(2e) @sanita.it]; (10)(2e) @nmpd.gov.lv'[(10)(2e) @nmpd.gov.lv]; (10)(2e) @sam.lt'[(10)(2e) @sam.lt]; (10)(2e) @ms.etat.lu'[(10)(2e) @ms.etat.lu]; (10)(2e) @gov.mt'[(10)(2e) @gov.mt]; (10)(2e) @gov.mt'[(10)(2e) @gov.mt]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @gis.gov.pl'[(10)(2e) @gis.gov.pl]; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt'[(10)(2e) @dgs.min-saude.pt]; (10)(2e) @insp.gov.ro'[(10)(2e) @insp.gov.ro]; (10)(2e) @uvzsr.sk'[(10)(2e) @uvzsr.sk]; (10)(2e) @nijz.si'[(10)(2e) @nijz.si]; (10)(2e) @msssi.es'[(10)(2e) @msssi.es]; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'[(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se]
Cc: (10)(2e) @health.fgov.be'[(10)(2e) @health.fgov.be]; (10)(2e) @ncipd.org'[(10)(2e) @ncipd.org]; (10)(2e) @hzjz.hr'[(10)(2e) @hzjz.hr]; (10)(2e) @mphs.moh.gov.cy'[(10)(2e) @mphs.moh.gov.cy]; (10)(2e) @mzcr.cz'[(10)(2e) @mzcr.cz]; (10)(2e) @sst.dk'[(10)(2e) @sst.dk]; (10)(2e) @terviseamet.ee'[(10)(2e) @terviseamet.ee]; (10)(2e) @thl.fi'[(10)(2e) @thl.fi]; (10)(2e) @nnk.gov.hu'[(10)(2e) @nnk.gov.hu]; (10)(2e) @landlaeknir.is'[(10)(2e) @landlaeknir.is]; (10)(2e) @sanita.it'[(10)(2e) @sanita.it]; (10)(2e) @spkc.gov.lv'[(10)(2e) @spkc.gov.lv]; (10)(2e) @ms.etat.lu'[(10)(2e) @ms.etat.lu]; (10)(2e) @gov.mt'[(10)(2e) @gov.mt]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @gis.gov.pl'[(10)(2e) @gis.gov.pl]; (10)(2e) @insp.gov.ro'[(10)(2e) @insp.gov.ro]; (10)(2e) @nijz.si'[(10)(2e) @nijz.si]; (10)(2e) @mscbs.es'[(10)(2e) @mscbs.es]; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'[(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se]; (10)(2e) (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'[(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se]; (10)(2e) @sozialministerium.at'[(10)(2e) @sozialministerium.at]; (10)(2e) @sciensano.be'[(10)(2e) @sciensano.be]; (10)(2e) @ncipd.org'[(10)(2e) @ncipd.org]; (10)(2e) @hzjz.hr'[(10)(2e) @hzjz.hr]; (10)(2e) @spidernet.com.cy'[(10)(2e) @spidernet.com.cy]; (10)(2e) @szu.cz'[(10)(2e) @szu.cz]; (10)(2e) @sst.dk'[(10)(2e) @sst.dk]; (10)(2e) @terviseamet.ee'[(10)(2e) @terviseamet.ee]; (10)(2e) @thl.fi'[(10)(2e) @thl.fi]; (10)(2e) @santepubliquefrance.fr'[(10)(2e) (10)(2e) @santepubliquefrance.fr]; (10)(2e) @nnk.gov.hu'[(10)(2e) @nnk.gov.hu]; (10)(2e) @landlaeknir.is'[(10)(2e) @landlaeknir.is]; (10)(2e) @sanita.it'[(10)(2e) @sanita.it]; (10)(2e) @spkc.gov.lv'[(10)(2e) @spkc.gov.lv]; (10)(2e) @llv.li'[(10)(2e) @llv.li]; (10)(2e) @sam.lt'[(10)(2e) @sam.lt]; (10)(2e) @ms.etat.lu'[(10)(2e) @ms.etat.lu]; (10)(2e) @gov.mt'[(10)(2e) @gov.mt]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @pzh.gov.pl'[(10)(2e) @pzh.gov.pl]; (10)(2e) @dgs.min-saude.pt'[(10)(2e) @dgs.min-saude.pt]; (10)(2e) @insp.gov.ro'[(10)(2e) @insp.gov.ro]; (10)(2e) @uvzsr.sk'[(10)(2e) @uvzsr.sk]; (10)(2e) @nijz.si'[(10)(2e) @nijz.si]; (10)(2e) @msssi.es'[(10)(2e) @msssi.es]; (10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se'[(10)(2e) @folkhalsomyndigheten.se]; PHE Technical Group[(10)(2e) @ecdc.europa.eu]; PHF Emergency Preparedness and Response Support[(10)(2e) @ecdc.europa.eu]; Preparedness and Response[(10)(2e) @ecdc.europa.eu]
From: Preparedness and Response
Sent: Wed 5/6/2020 10:17:55 AM
Subject: FOR YOUR INFORMATION - ECDC report - Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed
Received: Wed 5/6/2020 10:18:20 AM

To: National Focal Points for Preparedness and Response

Copy: Alternates National Focal Points for Preparedness and Response
National Coordinators
ECDC Public Health Event Technical Group
ECDC Preparedness and Response

Dear National Focal Points for Preparedness and Response,

We would like to thank you for your valuable feedback. We sincerely appreciate your time and effort to reply to the questionnaire on contact tracing during such a challenging period.

As a result of the consultation with all EU/EEA countries and UK, we have just published the following report Contact tracing for COVID-19: current evidence, options for scale-up and an assessment of resources needed.

Moreover, the assessment of the needs allowed us to identify several areas where further EU level support could help countries in relation to contact tracing. These results are not published, however they are well noted and ECDC will continue to take these into account. Some of the main identified areas where we are already looking to provide support are quality indicators and data analysis and training on the contact tracing management software GoData. ECDC is also involved in work with the eHealth Network and the European Commission on the use of mobile apps for contact tracing. Finally, we also aim to facilitate the exchange of experiences among countries on procedures and good practices.

We hope you will find the report useful. Please do not hesitate to contact us should you have any questions or remarks.

With kind regards,
(10)(2e)((10)(2e) on behalf of the ECDC COVID-19 team

From: Preparedness and Response
Sent: 14 April 2020 22:38
To:
Subject: FOR YOUR ACTION: COVID-19 contact tracing resources - short questionnaire on country capacities

To: National Focal Points for Preparedness and Response

Copy: Alternates National Focal Points for Preparedness and Response
National Coordinators
ECDC Public Health Event Technical Group
ECDC Preparedness and Response

Dear National Focal Points for Preparedness and Response,

I hope this email finds you all well and that you have been able to enjoy some rest during the holiday week.

Contact tracing is a key component of public health strategies for the control of the COVID-19 outbreak. ECDC is working closely with the European Commission to support EU/EEA countries in their efforts to further strengthen contact tracing capacity.

Through a short questionnaire, we want to understand more about the resources needed to undertake contact tracing during the different stages of the epidemic. We are also keen to identify ways in which contact tracing capacities could be increased (for example using volunteers instead of healthcare workers, mobile apps etc) and to identify examples of good practice, training modules, templates or other tools which could be helpful for and be shared with other countries.

This information will help us identify areas for further strengthening of contact tracing activities in Member States as the epidemic evolves.

We know these are challenging times and we highly appreciate your contribution. We would be grateful if you could answer the below seven questions and email your responses to (10)(2e) @ecdc.europa.eu (here in copy as well) **by the end of Friday 17th April.**

Please do not hesitate to contact us if you require any further clarification.
With kind regards,
(10)(2e)((10)(2e) on behalf of the ECDC COVID-19 team

Question	Answer
1. Has contact tracing been undertaken in your country as part of the response to the COVID-19 outbreak? **If yes:**	
a. How are you currently conducting contact tracing?	
b. Are contacts tested for SARS-CoV-2 as part of the contact tracing?	

2. **What are your plans for contact tracing during a de-escalation phase (e.g. when control measures are lifted)?**	
3. **Do you have sufficient resources to conduct contact tracing during a de-escalation phase (e.g. when control measures are lifted)?**	
a. If not, what resources do you need?	
4. **How could ECDC or the European Commission provide support in relation to contact tracing?**	
5. **Do you use any specific tools to collect data (e.g. excel, GoData, etc.)?**	
a. If yes which one(s)?	
6. **Do you have any tips for efficient contact tracing that may be useful for other countries?**	
a. If yes, please provide details.	
7. **Do you have any training material or templates that you would be willing to share?**	
a. If yes, please provide details.	

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)
Gustav III:s boulevard 40, 169 73 Solna, Sweden
Phone +46 (0)8 (10)(2e) / Fax +46 ((10)(2e)
www.ecdc.europa.eu

To: (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e))[(10)(2e) @uu.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) @gmail.com, (10)(2e) @uu.nl, (10)(2e) @rivm.nl[(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) - (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))[(10)(2e) @minlnv.nl]
From: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e))
Sent: Sun 5/24/2020 8:27:50 PM
Subject: RE: Nertsen, ratten en Corona
Received: Sun 5/24/2020 8:27:53 PM

Daar ben ik mij van bewust (10)(2e). Ik volgde het omdat de brief anders vanavond nog naar de Tweede Kamer moest in plaats van morgenochtend.
Het gaat mij er meer om dat jullie mogelijk ook vragen krijgen over de ratten die op dit type bedrijf rondlopen, dat houdt mensen blijkbaar ook bezig.

Groet!

Van: (10)(2e))(10)(2e) (10)(2e)) < (10)(2e) @uu.nl>
Datum: zondag 24 mei 2020 10:19 PM
Aan: (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl>
Kopie: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) @gmail.com, (10)(2e) @uu.nl, (10)(2e) @rivm.nl < (10)(2e) @gmail.com>, (10)(2e) @rivm.nl < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) - (10)(2e) (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minlnv.nl>
Onderwerp: Re: Nertsen, ratten en Corona

Dank je (10)(2e) Deze eigenaar zit diep in de put en wil graag dat zijn bedrijf wordt geruimd.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)

> Op 24 mei 2020 om 21:43 heeft (10)(2e), (10)(2e). (10)(2e) ((10)(2e)) < (10)(2e) @minvws.nl> het volgende geschreven:
>
>
> Dag (10)(2e) en (10)(2e)
>
> Ik heb social media vanmiddag gevolgd ivm de Deurnse boer die uit de school zou klappen (sowieso morgen een artikel met hem in het Eindhovens Dagblad). Ik zie wat berichten over de vele ratten en muizen die op de bedrijven zouden rondlopen en dat zo Corona verder wordt verspreid. Mogelijk dat daar morgen ook nog vragen over komen.
>
> Met groet, (10)(2e)
>

288723

To: (10)(2e))'[(10)(2e) @minlnv.nl]; (10)(2e))'[(10)(2e) @minvws.nl]; (10)(2e) , (10)(2e))'[(10)(2e) @minlnv.nl]
Cc: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Thur 5/14/2020 12:59:02 PM
Subject: risicobeoordeling
Received: Thur 5/14/2020 12:59:03 PM

Beste (10)(2e) van (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) en (10)(2e)

In navolging van ons overleg vanmorgen de volgende informatie ook per mail.

Het RIVM heeft kennis genomen van de uitslagen van de luchtbemonsteringen buiten de drie locaties van twee nertsenhouderijen waar eind april COVID-19 onder de gehouden nertsen is vastgesteld.
Op basis van het feit dat in 2-maal (met 1 week tussenpoos) uitgevoerde 6-uursmonsters buiten de stal, en 1-maal uitgevoerde langdurige luchtmonsters buiten de stal geen virus detectie is waargenomen, alsmede het feit dat in positieve monsters binnen de stal alleen grovere deeltjesfracties zijn gemeten welke zich nauwelijks buiten dit staltype verspreiden, acht het RIVM het risico op blootstelling aan SARS-CoV-2 buiten de stal verwaarloosbaar.
Uit consultatie van de IRAS bleek dat aangezien alleen grovere deeltjesfracties zijn gemeten, dat inactivering van het virus te verwachten is, alsmede verdunning in de buitenlucht het risico ook verwaarloosbaar is ten tijde van het hoogtepunt van de uitbraak onder de nertsen. Het RIVM stelt daarom dat bovenstaande conclusie ook geldt voor de periode voorafgaand aan de melding eind april.

Op basis hiervan is de 400meter publieksafbakening rond besmette bedrijven geen geëigende maatregel meer.

Met vriendelijke groet,

(10)(2e)
PhD, arts M&G infectieziektebestrijding
Hoofd afdeling Preventie en Bestrijding
Landelijke Coordinatie Infectieziekten (LCI)

RIVM - Centrum Infectieziektebestrijding (CIb)
Postbus 1 (postbak (10)(2e)
3720 BA Bilthoven
Tel: 030 - (10)(2e)
Fax: 030 (10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Fri 5/29/2020 7:13:26 PM
Subject: wekelijkse update IC prognose en Rt berekening
Received: Fri 5/29/2020 7:13:29 PM
Projectie COVID-19 29-05-2020.pptx
Rt_estimation_NICE_Osiris_Danmark_29mei2020.pptx

Beste (10)(2e)

Hier zijn de prognoses en Rt grafiek. Voor zover we de reproductiegetal betrouwbaar kunnen schatten, is alles nog onder 1. Ook voor (10)(2a) s het reproductiegetal uitgerekend, hier geen aanwijzingen dat opening van lagere scholen leiden tot stijging van het reproductiegetal.
Zoals eerder besproken wordt de Nederlandse Rt grafiek op basis van Osiris data nu ook vanaf komende week (dinsdagmiddag) op de RIVM site gepubliceerd. Ik heb begrepen dat de minister ook volgende week het reproductiegetal in zijn surveillance dashboard wil zien.

Vriendelijke groeten,

(10)(2e)

To: (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e (10)(2e (10)(2e)[(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/14/2020 7:48:22 AM
Subject: laatste presentatie rem strategie grafiek
Received: Thur 5/14/2020 7:50:39 AM
JenV13.05.2020v4 (10)(2e) pdf

Zie op 5e slide presentatie de grafiek met nu een nieuwe kolom, nl. aantallen inclusief remtijd is ~een generatietijd extra aan gevallen.
En dus:
16/100.000 = totaal aantal nieuwe infecties geschat naar aanleiding van serologie.
6-8/100.000 = totaal aantal nieuwe infecties geschat naar aanleiding van huisartsbezoek.

Cc: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
To: (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]
From: (10)(2e)
Sent: Tue 5/19/2020 1:28:20 PM
Subject: Re: verpleeghuisonderzoek
Received: Tue 5/19/2020 1:29:01 PM

Dag (10)(2e)
Graag overleg ik met je over het budget voor de studie die we doen naar presymptomatische bestrijding in drie verpleeghuislocaties, waar we dus alle medewerkers en bewoners getest hebben. Ik kan daarvoor een meer gepreciseerde begroting aanleveren, maar hoor graag in welk format dat gewenst is.
Met dank en vriendelijke groet,
(10)(2e).

Op 14 mei 2020, om 14:56 heeft (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl> het volgende geschreven:

Ha (10)(2e)
Met (10)(2e) toegevoegd in cc.
(10)(2e) erna graag even contact.
MvrGr,
(10)(2e)

From: (10)(2e)) < (10)(2e) @amsterdamumc.nl>
Sent: woensdag 13 mei 2020 09:03
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Subject: RE: verpleeghuisonderzoek

Beste (10)(2e)
Ons verpleeghuisonderzoek is in volle gang, maar over het budget hebben we nog geen concrete afspraken gemaakt. Eerder gaf je aan dat de studie vanuit het calamiteitenfonds van RIVM kon worden gefinancierd. Met wie kan ik binnen RIVM overleggen over het budget? Hoor het graag!
Mvg, (10)(2e)

<image001.png>

(10)(2e)

Amsterdam Public Health research insitute (APH)
Locatie VUmc | (10)(2e) Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
(10)(2e) E: (10)(2e) @amsterdamumc.nl
Twitter: (10)(2e)
(10)(2e) @vumc.nl
(10)(2e) personal-information/
amsterdamresearch.org/web/public-health (10)(2e) htm
unovumc.nl/
vumc.nl/UPO
vumc.nl/disclaimer

<image002.jpg>

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: dinsdag 21 april 2020 10:10
Aan: (10)(2e)) < (10)(2e) @amsterdamumc.nl>
Onderwerp: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Veel dank! zullen we morgen of donderdag even over bellen? MvrGr (10)(2e)

From: (10)(2e)) < (10)(2e) @amsterdamumc.nl>
Sent: dinsdag 21 april 2020 09:25
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>

Subject: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Dag (10)(2e)
Het eerste voorstel betreft het in 2 verpleeghuislocaties in beeld brengen van het aantal COVID besmettingen onder bewoners en personeel en dit vervolgens dit na week te herhalen met als doel beter zicht te krijgen op transmissie, clustering en de rol die presymptomatische en atypische cases spelen. Dat betekent alle bewoners en alle personeelsleden dus twee keer testen. We kiezen voor een traditioneel verpleeghuis en een huis met geschakeld kleinschalig wonen en doen dit samen met de GGD. Contacten zijn al gelegd, dus dit zou snel kunnen. Hier hebben we extra middelen voor nodig.
Met de inzichten die we zo opdoen kunnen we beleid voor testen en passende inzet PBM beter onderbouwen én bijdragen aan een gecontroleerde bezoekregeling.

Het tweede voorstel betreft enkele kleinschalige en gecontroleerde experimenten met verruiming van de bezoekregeling. Dat doen we binnen de academische werkplaatsen en daar is nu geen extra geld voor nodig, wel als we in een vervolgstap gaan opschalen. VWS weet hier al van en heeft een klankbordgroep ingesteld voor de begeleiding.

Voldoende helder zo?

Hartelijke groet,
(10)(2e)

<image001.png>

(10)(2e)
Amsterdam Public Health research insitute (APH)
Locatie VUmc (10)(2e) Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
(10)(2e) E: (10)(2e)@amsterdamumc.nl
Twitter: (10)(2e)
(10)(2e) @vumc.nl
(10)(2e)
amsterdamresearch.org/web/public-health/research-1 (10)(2e) htm
unovumc.nl/
vumc.nl/UPO
vumc.nl/disclaimer

<image003.jpg>

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: dinsdag 21 april 2020 9:01
Aan: (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Onderwerp: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Ha (10)(2e)
Zou je voor mij in enkele zinnen de essentie/vraag van jouw twee pilots kunnen weergeven?
Zou goed uitkomen in later overleg vandaag en voor financiering…
MvrGr,
(10)(2e)

From: (10)(2e) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Sent: maandag 20 april 2020 15:15
To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Subject: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Zijn we mee bezig! Groet, (10)(2e)

<image001.png>

(10)(2e)
Amsterdam Public Health research insitute (APH)
Locatie VUmc (10)(2e) Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam

(10)(2e) E: (10)(2e) @amsterdamumc.nl
Twitter (10)(2e)
(10)(2e) @vumc.nl
(10)(2e)
amsterdamresearch.org/web/public-health/research-1(10)(2e)htm
unovumc.nl/
vumc.nl/UPO
vumc.nl/disclaimer

<image002.jpg>

Van: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: maandag 20 april 2020 14:56
Aan: (10)(2e)) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Onderwerp: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Ha (10)(2e) nee overleg was prima. Heb jij al indicatie van de kosten? Met vrGr, (10)(2e)

From: (10)(2e)) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Sent: maandag 20 april 2020 14:16
To: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Cc: (10)(2e)) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>
Subject: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Beste (10)(2e)
Graag zou ik nav het OMT van vanmorgen willen overleggen en afstemmen over het onderzoeksvoorstel dat wij voor het OMT indienden en de financiering daarvan. Met wie kunnen we dat doen? Onderzoek van (10)(2e) verbinden lijkt ons een goed voorstel (maar wordt het wel WMO-plichtig van…).
En excuus dat ik mij even opwond, maar de situatie in mijn sector is echt heel zorgelijk.
Hartelijke groet,
(10)(2e)

<image001.png>

(10)(2e)
Amsterdam Public Health research insitute (APH)
Locatie VUmc (10)(2e) Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
(10)(2e) E: (10)(2e) @amsterdamumc.nl
Twitter: (10)(2e)
(10)(2e) @vumc.nl
(10)(2e)
amsterdamresearch.org/web/public-health/research-1/(10)(2e).htm
unovumc.nl/
vumc.nl/UPO
vumc.nl/disclaimer

<image002.jpg>

Van: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
Verzonden: zondag 19 april 2020 18:04
Aan: (10)(2e)) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>; LCI <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) <(10)(2e)@rivm.nl>; (10)(2e)) <(10)(2e)@amsterdamumc.nl>; (10)(2e)@verenso.nl
Onderwerp: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Beste (10)(2e)

Dankjewel! Jouw toelichting op de stukkek is zeer welkom morgen!

Tot morgen, groet, (10)(2e)

Van: (10)(2e)) < (10)(2e) @amsterdamumc.nl>
Datum: 19 april 2020 om 17:59:33 CEST
Aan: LCI <(10)(2e)@rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e))
< (10)(2e) @amsterdamumc.nl>, (10)(2e) @verenso.nl< (10)(2e) @verenso.nl>
Onderwerp: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Beste (10)(2e)
Bijgaand doe ik nog twee documenten toekomen t.b.v. agendapunt 6.3 (ouderenzorg) en de daarop betrekking hebbende onderdelen van het concept transitiestrategie document. Beide zijn ontwikkeld door (10)(2e) (10)(2e) (in cc) en ondergetekende in nauwe afstemming met de Academische Werkplaatsen Ouderenzorg en de daaraan verbonden (10)(2e)
Zinnig beleid over een gecontroleerde verruiming van de huidige bezoekregeling beleid is conditioneel afhankelijk van een optimale implementatie van maatregelen om verspreiding van COVID 19 verder te beperken en de monitoring daarvan. Kernprobleem in dat verband is de onzekerheid over de bijdrage van mensen met een asymptomatische of presymptomatische besmettingsstatus. Hiertoe is nader onderzoek geboden, waartoe wij een voorstel doen (deels replicatieonderzoek van de in de VS verrichte verpleeghuisstudie die ook in de achtergrondinformatie is vermeld), maar de inzichten uit onze eigen data (in het bijzonder uit de door ons opgezette Ysis-registraties) ondersteunen nu reeds het beleid dat wij voorstellen. Wij zetten daarbij in op gezamenlijkheid en draagvlak onder alle betrokken stakeholders (Verenso, V&VN, ActiZ).
Daarnaast is goede communicatie geboden over hoe naar verruiming van bezoekmogelijkheden kan worden toegewerkt. Dat is van belang om het wankele draagvlak onder de huidige maatregelen te behouden.
De highlights uit beide documenten kan ik ter vergadering toelichten.
Met vriendelijke groet,
(10)(2e).

<image001.png>

(10)(2e)

Amsterdam Public Health research insitute (APH)
Locatie VUmc (10)(2e) Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
(10)(2e) | E: (10)(2e) @amsterdamumc.nl
Twitter: (10)(2e)
(10)(2e) @vumc.nl
(10)(2e)
amsterdamresearch.org/web/public-health/research-1 (10)(2e) htm
unovumc.nl/
vumc.nl/UPO
vumc.nl/disclaimer

<image003.jpg>

Van: (10)(2e))
Verzonden: zondag 19 april 2020 13:56
Aan (10)(2e) (10)(2e)@rivm.nl>
CC: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: RE: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Besten,
Graag wil ik binnen de bespreking morgen expliciete aandacht voor vraag 9 uit H 4.2. over de bezoekregeling LZ in relatie tot implementatie van beleid om verspreiding binnen vph te beperken en de monitoring van de uitwerking van dat beleid. Ik zal later vandaag daartoe nog een document doen toekomen.
Met vriendelijke groet,
(10)(2e)

<image001.png>

(10)(2e)

Amsterdam Public Health research insitute (APH)

Locatie VUmc (10)(2e) Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam
(10)(2e) E: (10)(2e) @amsterdamumc.nl
Twitter: (10)(2e)
(10)(2e) @vumc.nl
(10)(2e)
amsterdamresearch.org/web/public-health/research-1 (10)(2e) htm
unovumc.nl/
vumc.nl/UPO
vumc.nl/disclaimer

<image002.jpg>

Van: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden: zaterdag 18 april 2020 17:16
Aan (10)(2e) (10)(2e) @rivm.nl>
CC: (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Onderwerp: 65e OMT COVID-19: conceptdocument, graag uw reactie voor zondag 14 uur

Geachte (10)(2e)

Hierbij treft u het concept van de transitiestrategie aan. Voor de meesten van u een bekend document waaraan de afgelopen 3 weken gewerkt is en waarvan delen al eerder in OMT-bijeenkomsten zijn besproken. Uw opmerkingen van afgelopen week en de week daarvoor zijn meegenomen in deze versie. Ook vindt u het achtergronddocument met daarin de onderbouwing van de adviezen en het document m.b.t. surveillance en monitoring van het effect van de maatregelen. Deze documenten zijn in concept en derhalve strikt vertrouwelijk.

Concreet vragen wij u om aan te geven of u zich in de adviezen van het strategiedocument kunt vinden (zie aub de uitwerking van de adviezen op de gerichte vragen van het kabinet – blz 12-20) en op welke punten u het noodzakelijk vindt om dieper in te gaan a.s. maandag. Op basis van uw reacties kunnen we de discussie beter structureren.

Om voldoende tijd te hebben voor de discussie willen we maandag graag een **half uur eerder beginnen (9.30)**. De agenda en de overige stukken volgen morgen.

Graag uw reacties naar (10)(2e) @rivm.nl en naar (10)(2e) ((10)(2e) @rivm.nl), vóór zondag 19 april, 14.00 uur.

Met vriendelijke groeten,
Namens (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e),

(10)(2e) (10)(2e), (10)(2e)

RIVM-Centrum Infectieziektebestrijding
Postbus 1, (10)(2e)
3720 BA Bilthoven
(10)(2e)

Bijlagen:

- Transitiestrategie COVID-19 (concept)
- Achtergrondinformatie transitiestrategie COVID-19
- Monitoring COVID-19

Inbelgegevens GoToMeeting:

65e TC OMT COVID-19

Please join my meeting from your computer, tablet or smartphone.
(10)(2g)

288730

Please Note:
This meeting is locked with a password : (10)(2g)

You can also dial in using your phone.
(10)(2g)

Access Code: (10)(2g)

New to GoToMeeting? Get the app now and be ready when your first meeting starts:
(10)(2g)

Let op: Het is heel belangrijk dat de tablet of telefoon zoveel mogelijk op MUTE gezet wordt.
Bij problemen met inbellen via GoToMeeting kunt u contact opnemen met onze collega (10)(2e) (10)(2e)

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

288730

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is verzonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het RIVM aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
www.rivm.nl *De zorg voor morgen* begint vandaag

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. RIVM accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.
www.rivm.nl/en Committed to *health and sustainability*

DO Mobiliteit

Datum: 11/5 12.30u
Aanwezigen: nationale politie, IenW, OCW (cultuur), NCTV, OCW (onderwijs), VWS (sluit later aan)
Afwezig: EZK

Actielijst:

- **IenW en VWS** doen begin juni aanvraag voor advies bij OMT mbt vraagstuk of verdere opschaling OV verantwoord is (tbv OMT begin juli)
- **IenW** stuurt brief door mbt brede adviesaanvraag aan Planbureaus en RIVM en Denktank Corona (zie bijlage)
- **IenW en OCW** maken afspraken over mogelijke kosten inzet touringcars (wanneer vervoerders knelpunten signaleren)
- **OCW (cultuur) en EZK** geven contactpersonen door aan IenW om afspraken te maken per sector over beperken van mobiliteit
- **IenW** gaat ook in gesprek met Defensie en Rijksoverheid om afspraken te maken over beperken van mobiliteit
- **NCTV** neemt aandachtspunt mbt voorwaarden stellen aan OV/mobiliteit door pretparken, etc. mee in Veiligheidsberaad vandaag. Koppelt achteraf daarover terug aan IenW.
- **VWS, NCTV en IenW** in gesprek over juridische verankering van mondkapjes in wetgeving. Dinsdag helderheid, anders opschalen
- **NCTV** neemt handhaving boerkaverbod (BZK) mee in juridische afstemming VWS, JenV en IenW.
- **IenW** neemt bilateraal contact op met **EZK** over afspraken werkgevers en protocollen
- **VWS** geeft deze week update of er voldoende niet-medische mondkapjes voorradig zijn voor gebruik in OV vanaf 1/6
- **IenW** werkt aan fall back scenario's (wat zijn de knoppen waar we aan kunnen draaien), wordt in een vd volgende DO's besproken
- **IenW** doet check of OMT ook advies uitbrengt over spatscherm – mondkapje (naast advies over leeftijdsgrens mondkapje)
- **IenW** plant nieuw DO in op ma ocht 18/5

Specifieke aandacht voor toenemende druk op de openbare ruimte, incl OV, zeker richting openstellingen 1/6 (horeca, natte cellen, Duitse toeristen) in combinatie met Pinksterweekend

288743

SITUATIERAPPORT DCC VWS | Nieuw Coronavirus

1. GEGEVENS	
Aan	Bewindspersonen en Bestuursraadleden VWS, adviseurs BPZ DCC VWS (dcc@minvws.nl), crisiscoördinatoren, crisisbeleidsadviseurs CZ IZ (incl. (10)(2a) en (10)(2a) LZ ZJCN DCO PG GMT Rijksheren IGJ DCC IenW Crisiscoördinator Buitenlandse Zaken NCC DCC BZK DCC LNV (10)(2a) (10)(2a) (10)(2a) en (10)(2a) LOCC AZ RIVM
Periode	6 mei 2020, tot 18:30 uur
Nummer	(10)(2a)
Planning	dagelijks
Classificatie	**Dep. Vertrouwelijk**

2. INFORMATIEBEELD

Kernverhaal
In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw coronavirus. Dit virus kan de ziekte COVID-19 veroorzaken. Het nieuwe virus heeft zich inmiddels wereldwijd verspreid. Ook in Nederland zijn COVID-19 patiënten en zijn er patiënten overleden aan het virus. Het Nederlandse beleid is erop gericht om verspreiding maximaal te controleren en zo de druk op de zorg te minimaliseren.

Feiten
- **Opname op IC: NICE meldt 577 (bewezen en verdachte) patiënten op de IC** (tijdstip 16:00).
- **Opname op IC volgens Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding: 628 (-16)** (tijdstip 16:00).
- Van de Nederlandse COVID-19 patiënten op de IC liggen er 605 in Nederland en 23 in Duitsland.
- Volgens LCPS liggen daarnaast nog **397 non-COVID patiënten** op de IC.
- Het totaal aantal positief geteste patiënten: 41.319 (+ 232)
- Het totaal aantal gemelde patiënten opgenomen (geweest) in het ziekenhuis: 11.153 (+ 27)
- Het totaal aantal gemelde patiënten opgenomen (geweest) op de IC-afdeling: 2.837 (+ 5)
- Het totaal aantal gemelde overleden patiënten: 5.204 (+ 36) (13% van het totaal aantal positief geteste patiënten).
- Het totaal aantal positief geteste zorgmedewerkers: 14.979 (+ 111) (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
- De leeftijd van de overledenen ligt tussen de 18 jaar en 103 jaar; de helft van de overleden patiënten was ouder dan 82 jaar. Van de overleden patiënten onder de 70 jaar had 70% (416) onderliggend lijden.
- Sinds afgelopen weekend zijn er in totaal meer positief geteste personen in Zuid-Holland (8.581) dan in Noord-Brabant (8.485).
- De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

288743

3. OORDEEL (belangrijkste onderwerpen voor VWS)

Thema maximaal controleren

- Nederland heeft 1 miljoen serologische tests gekocht. De testen bieden zicht op de besmettingsgraad onder de bevolking. Zo kan vastgesteld worden hoeveel mensen het virus hebben gehad. Bovendien helpen de testen bij onderzoek om kennis te krijgen over de ontwikkeling van antistoffen tegen corona bij mensen die het virus hebben gehad. De testen kunnen nog niet aantonen of iemand immuun is tegen corona, omdat nog niet vaststaat in welke mate iemand die antistoffen heeft ontwikkeld, ook immuniteit ontwikkelt. De testen worden steekproefsgewijs uitgevoerd door Sanquin, het RIVM en een aantal medische laboratoria.

Thema Zorg voor Kwetsbare Personen

- Minister van Rijn voor Medische Zorg heeft besloten dat Wmo-ondersteunende medewerkers voortaan in specifieke gevallen ook in aanmerking komen voor persoonlijke beschermingsmiddelen. Voor ondersteuning thuis die verleend wordt volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) – zoals huishoudelijke hulp, begeleiding, dagbesteding en maaltijdondersteuning, in een maatschappelijke opvang en vrouwenopvang- kan veelal worden volstaan met begeleiding op 1,5 meter afstand. Hier zijn geen beschermingsmiddelen nodig. Ook mogen Wmo-ondersteunende medewerkers alleen werken als ze klachtenvrij zijn en er zeker van zijn dat de gezondheid van de patiënt of cliënt het toelaat om zorg te verlenen. Als COVID-19 bij een cliënt is vastgesteld dan wordt ondersteuning uitgesteld. Maar soms kan zorg niet worden uitgesteld of heeft een medewerker gerede twijfel of de situatie veilig is. In die gevallen kan de medewerker voortaan beschikken over een 'reservepakket' aan persoonlijke beschermingsmiddelen.

Thema Caribisch Nederland

- De epidemiologische situatie op de eilanden lijkt stabiel. Bonaire en Sint Eustatius zijn corona-vrij. Saba is bijna coronavrij.
- Gisteravond is op Aruba een nieuw AMI team gearriveerd met artsen die komen helpen op de IC.

Overig

<u>IGJ</u>

- De IGJ krijgt van zorgaanbieders in de VVT terug dat er veel onrust is over het signaal dat kappers preventief mondkapjes mogen gebruiken en zorgverleners niet. Het is belangrijk om eventuele onduidelijkheid hierover zo snel mogelijk te verhelpen.
- Er zijn vandaag nieuwsberichten verschenen over de fabrikant van sneltesten Inzek. Dit is een Chinese test die onder eigen naam op de Nederlandse markt wordt gebracht. Een constructie die vaker wordt gebruikt en is toegestaan. De IGJ doet onderzoek naar deze test.
- In het artikel in Trouw is een onjuistheid terechtgekomen. De IGJ doet <u>niet</u> alleen onderzoek naar verkoop van sneltesten aan particulieren.
- De meeste aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geven aan nog steeds weinig doorverwijzingen vanuit huisartsen te krijgen. De zorg is dat er hierdoor een grote toeloop van aanmeldingen komt als huisartsen weer mee gaan verwijzen. Om dat te voorkomen hebben sommige aanbieders nu meer overleg met huisartsen dan voor de crisis, om nieuwe aanmeldingen soepel te laten verlopen.

<u>Internationaal</u>

- Wereldwijd neemt het aantal COVID-19 patiënten snel toe (cijfers ECDC):
  - Totaal aantal gevallen: 3.623.803 (+ 80.953).
  - Totaal aantal sterfgevallen: 256.880 (+ 6.088).
- Ook in Europa (EU/EER + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek voorbij in veel Europese landen:
  - Totaal aantal gevallen: 1.186.111 (+ 11.665).
  - Totaal aantal sterfgevallen: 139.750 (+ 1.989).

288743

4. COMMUNICATIE

Pers- en publieksinformatie

- Publiekscommunicatie wordt verzorgd door de Rijksoverheid via www.rijksoverheid.nl/coronavirus. Verschillende departementen leveren informatie voor deze website. Het RIVM geeft medische informatie en informatie over de verspreiding van het coronavirus in Nederland.
- Het NKC verzorgt de brede publieksinformatie en het informatienummer 0800-1351.
- Het informatienummer is bereikbaar tot 20:00.
- Op de website corona.steffie.nl legt uitleghulp Steffie moeilijke informatie over het nieuwe coronavirus op een eenvoudige manier uit. De website is speciaal bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Op de website van het RIVM is de 'wegwijzer naar gegevensbronnen over COVID-19' te vinden https://databronnencovid19.nl/. Deze wegwijzer toont een overzicht van databronnen die gerelateerd zijn aan het coronavirus en het bijbehorende ziektebeeld COVID-19. Van elke bron is een beschrijving opgenomen, en waar van toepassing een verwijzing naar de dataset(s).
- Op de website https://www.nji.nl/coronavirus, geeft het Nederlands Jeugdinstituut allerlei antwoorden op vragen die leven onder jongeren, ouders en professionals in het jeugddomein. Alle informatie is afgestemd met cliëntenorganisaties, professionals, jeugdhulpaanbieders, gemeenten, onderwijskoepels, ministeries (VWS, JenV, SZW en OCW) en wordt dagelijks bijgewerkt. Ze hebben een maandelijks bereik van circa 1 miljoen bezoekers.

buiten verzoek

288745

SITUATIERAPPORT DCC VWS | Nieuw Coronavirus

1. GEGEVENS	
Aan	Bewindspersonen en Bestuursraadleden VWS, adviseurs BPZ DCC VWS (10)(2e)@minvws.nl), crisiscoördinatoren, crisisbeleidsadviseurs CZ IZ (10)(2a) LZ ZJCN DCO PG GMT Rijksheren IGJ DCC IenW Crisiscoördinator Buitenlandse Zaken NCC DCC BZK DCC LNV (10)(2a) LOCC AZ RIVM
Periode	7 mei 2020, tot 17:00 uur
Nummer	73
Planning	dagelijks
Classificatie	**Dep. Vertrouwelijk**

2. INFORMATIEBEELD

Kernverhaal

In de regio Wuhan in China startte in december 2019 een uitbraak van een nieuw coronavirus. Dit virus kan de ziekte COVID-19 veroorzaken. Het nieuwe virus heeft zich inmiddels wereldwijd verspreid. Ook in Nederland zijn COVID-19 patiënten en zijn er patiënten overleden aan het virus. Het Nederlandse beleid is erop gericht om verspreiding maximaal te controleren en zo de druk op de zorg te minimaliseren.

Feiten

- **Opname op IC: NICE meldt 543 (bewezen en verdachte) patiënten op de IC** (tijdstip 16:00).
- **Opname op IC volgens Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding: 584 (-42)** (tijdstip 16:00).
- Van de Nederlandse COVID-19 patiënten op de IC liggen er 566 in Nederland er (10)(2a)
- Volgens LCPS liggen daarnaast nog **440 non-COVID patiënten** op de IC.
- Het totaal aantal positief geteste patiënten: 41.774 (+ 455)
- Het totaal aantal gemelde patiënten opgenomen (geweest) in het ziekenhuis: 11.192 (+ 39)
- Het totaal aantal gemelde patiënten opgenomen (geweest) op de IC-afdeling: 2.838 (+ 1)
- Het totaal aantal gemelde overleden patiënten: 5.288 (+ 84) (13% van het totaal aantal positief geteste patiënten).
- Het totaal aantal positief geteste zorgmedewerkers: 15.109 (+ 130) (36% van het totaal aantal gevallen). Zij worden vaker dan andere groepen getest. Dit wil niet zeggen dat zij deze infectie tijdens het werk hebben opgelopen.
- De leeftijd van de overledenen ligt tussen de 18 jaar en 103 jaar; de helft van de overleden patiënten was ouder dan 82 jaar. Van de overleden patiënten onder de 70 jaar had 70% (422) onderliggend lijden.
- Sinds afgelopen weekend zijn er in totaal meer positief geteste personen in Zuid-Holland (8.678) dan in Noord-Brabant (8.537).
- In de afgelopen drie dagen bedroeg het aantal geteste personen bijna 11.000. Het bijbehorende percentage positief geteste patiënten was rond de 8%.

288745

- De verdeling tussen het aantal bevestigde patiënten en zorgmedewerkers is per provincie sterk verschillend, afhankelijk van de mate van verspreiding van het coronavirus en het lokale testbeleid.

3. OORDEEL (belangrijkste onderwerpen voor VWS)

Thema maximaal controleren

- De (10)(2e) geeft aan de komende weken met het LCG een plan uit te werken voor het realiseren van voorraadbuffers IC medicatie om de noodzakelijke opschaling van de IC capaciteit van 1700 structureel en 3000 bedden (nood) mogelijk te maken. Dit bekent een verachtvoudiging van al schaarse middelen. Of deze opschaling van IC medicatie buffers mogelijk en uitvoerbaar is, wordt de komende weken dus onderzocht.
- Vandaag heeft (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) een technische briefing in de Tweede Kamer verzorgd. Hij heeft onder andere gesproken over de volgende punten:
  - Testen: de positieve testen op het totaal aantal uitgevoerde testen zit nu onder de 10%. Dit geeft aan dat het testbeleid op de goede weg is. Ook neemt het absolute aantal positieve gevallen af.
  - IC-opnames: Op 7 april lag de piek op 1322 patiënten, nu zijn er 571 COVID-19 patiënten op de IC opgenomen (cijfers stichting NICE). Het aantal nieuwe opgenomen patiënten is heel erg laag. Verwacht wordt dat alle patiënten met COVID-19 in juli van de IC zullen zijn, maar de vraag is wel wat de invloed van de verlichting van de maatregelen hierop zal zijn.
  - Publieke beleving maatregelen: Uit onderzoek van NIVEL/RIVM naar de publieke beleving van de maatregelen is gebleken dat het vertrouwen in de maatregelen groot is, maar de moeite om zich te houden aan deze maatregelen wel toeneemt.
  - Mondmaskers: Het effect van niet-medische maskers in de openbare ruimte is niet eenduidig in verschillende studies. Van twaalf verschillende studies laten maar drie studies een zeer licht positief effect zien. Dit zijn studies met betrekking tot influenza en hier is de 1,5 meter ook nog niet in acht genomen. Daarnaast zijn de studies gebaseerd op juist gebruik van de maskers. Hierdoor is het OMT van mening dat maskers maar in een zeer geringe mate bij kunnen dragen. De 1,5 meter maatregelen en triage mogelijkheden neemt al zoveel risico weg, dat het OMT van mening is dat er geen positief advies moest komen voor het dragen van maskers in de publieke ruimte.
  - Verlichting van maatregelen: Het RIVM heeft doorgerekend wat hier de effecten van zijn. Het is hierbij wel belangrijk dat de 1,5 meter en de hygiëne maatregelen gerespecteerd blijven. In deze schattingen blijven we dan nog steeds ruim onder IC capaciteit. Dit zijn wel schattingen. Het RIVM blijft monitoren wat er gebeurt na de verlichting van de maatregelen.

Thema Zorg voor Kwetsbare Personen

- Het kabinet heeft besloten om in iedere GGD-regio één verpleeghuis te laten beginnen met de aangepaste bezoekregeling. De beoogde startdatum is maandag 11 mei aanstaande. In deze verpleeghuislocaties wordt onder strikte voorwaarden één vaste bezoeker per verpleeghuisbewoner toegestaan. De bedoeling is dat de 25 zorgorganisaties volgende week bekend worden gemaakt. Verpleeghuizen kunnen pas in aanmerking komen als ze in ieder geval vrij van besmettingen zijn. Ook worden er onder andere voorwaarden gesteld ten aanzien van hygiëne, beschermingsmiddelen en personeelsbezetting. Bovendien is het belangrijk dat de 1,5 meter afstand kan worden gehouden. Uiteindelijk beslist de directeur Publieke Gezondheid van de desbetreffende GGD-regio welk verpleeghuis mag beginnen met de aangepaste bezoekregeling. Om in kaart te brengen hoe het virus zich in verpleeghuizen verspreidt wordt daarnaast onderzoek gedaan in drie verpleeghuizen. Met de kennis en ervaring die wordt opgedaan uit onderzoek en op deze pilotlocaties wil het kabinet stapsgewijs en voorzichtig de bezoekregeling op steeds meer verpleeghuislocaties toepassen. Dit wordt in de week vóór 25 mei besloten.

Thema Caribisch Nederland

- De epidemiologische situatie op de eilanden lijkt stabiel. Bonaire en Sint Eustatius zijn corona-vrij. Saba is bijna coronavrij.

Overig

IGJ

- De IGJ hoort van zorgaanbieders in de jeugdzorg en gehandicaptenzorg terug dat intramurale dagbesteding vaak goed loopt. Extramurale dagbesteding is nog niet overal goed opgestart. Het is wenselijk dat VWS verdere uitbreiding van extramurale dagbesteding stimuleert. Het tekort aan dagbesteding en structuur en het niet altijd goed begrijpen van de maatregelen leidt tot schrijnende situaties op enkele plekken in deze sectoren.

Internationaal

- Wereldwijd neemt het aantal COVID-19 patiënten snel toe (cijfers ECDC):
  - Totaal aantal gevallen: 3.713.796 (+ 90.003).
  - Totaal aantal sterfgevallen: 263.288 (+ 6.418).
- Ook in Europa (EU/EER + Verenigd Koninkrijk) stijgt het aantal gevallen; wel lijkt de (eerste) piek voorbij in veel Europese landen:
  - Totaal aantal gevallen: 1.203.381 (+ 17.270).
  - Totaal aantal sterfgevallen: 141.999 (+ 2.249).

4. COMMUNICATIE

Pers- en publieksinformatie

- Publiekscommunicatie wordt verzorgd door de Rijksoverheid via www.rijksoverheid.nl/coronavirus. Verschillende departementen leveren informatie voor deze website. Het RIVM geeft medische informatie en informatie over de verspreiding van het coronavirus in Nederland.
- Het NKC verzorgt de brede publieksinformatie en het informatienummer 0800-1351.
- Het informatienummer is bereikbaar tot 20:00.
- Op de website corona.steffie.nl legt uitleghulp Steffie moeilijke informatie over het nieuwe coronavirus op een eenvoudige manier uit. De website is speciaal bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking.
- Op de website van het RIVM is de 'wegwijzer naar gegevensbronnen over COVID-19' te vinden https://databronnencovid19.nl/. Deze wegwijzer toont een overzicht van databronnen die gerelateerd zijn aan het coronavirus en het bijbehorende ziektebeeld COVID-19. Van elke bron is een beschrijving opgenomen, en waar van toepassing een verwijzing naar de dataset(s).
- Op de website https://www.nji.nl/coronavirus, geeft het Nederlands Jeugdinstituut allerlei antwoorden op vragen die leven onder jongeren, ouders en professionals in het jeugddomein. Alle informatie is afgestemd met cliëntenorganisaties, professionals, jeugdhulpaanbieders, gemeenten, onderwijskoepels, ministeries (VWS, JenV, SZW en OCW) en wordt dagelijks bijgewerkt. Ze hebben een maandelijks bereik van circa 1 miljoen bezoekers.

5. OPSCHALING

VWS

DCC-VWS is opgeschaald

Overleggen

Afstemmingsoverleg met de bewindspersonen, SG en DG's (10)(2e)

Dagelijks afstemmingsoverleg met de directeur-generaal

NCC

NCC is opgeschaald

Deze week:

IAO (10)(2e)

ICCb en MCCb op (10)(2e)

OTCb

BTCb (10)(2e)

Betrokken actoren
VWS, RIVM, NCC, departementen, GGD 'en, huisartsen, ziekenhuizen, koepels

288747

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Actielijst

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl
KvK Utrecht 30276683
T 030 274 91 11
F 030 274 29 71

bespreking	27e Responsteamoverleg COVID-19
Vergaderdatum en -tijd	26-05-2020 09:00-10:30 uur
Vergaderplaats	RIVM Bilthoven, ruimte U 0.23
Aanwezigen	Zie deelnemerslijst

De verslagen van de responsteams worden beperkt tot besluiten en een actielijst.

Besluiten (B)/actielijst (A) (grijs is gedaan)

Nr.	Actie/ Besluit	Wat	Wie
	B	Vanuit de LCI voor 13:00 (Lab)inf@ct versturen naar de meelezers (reactie meelezers voor 14:00 uur)	(10)(2e)/meelezers (Lab) inf@ct
	A	• Aandacht voor juiste gegevens in coron-IT; vooral symptomen registreren van geteste persoon. gesprek regelen met GGD-GHOR (10)(2e) (10)(2e) zodat juiste gegevens voor monitoring worden verzameld. GGD'en eigen callcenter versus landelijk callcenter	Overleg as do 28/5 (10)(2e)/(10)(2e) (10)(2e) /(10)(2e)/ (10)(2e)
	A	Eerste gegevens presenteren uit contact monitoring.	EPI **29/5**
	A	Dashboard VWS is uitgebreider dan PH inhoudelijk is om maatregelen aan te scherpen of af te schalen. Voldoet niet voldoende als surveillance dashboard. Nadenken over RIVM (surveillance/inhoudelijkPH) dashboard of aanpassing sitrap (ook clusterbeschrijving?). Publiekelijk? Of alleen professionals? Bij alles nadenken wat voor vragen dit oproept bij journalisten of paniek kan veroorzaken bij de burgers. Of toch in nieuwsbrief opnemen?	(10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e)/rest RT
	A	Webinar dashboard/wat is er mogelijk op surveillance gebied? Voorbeeld van dashboard Rotterdam (koppeling MUIZ/HP-zone. Wat nodig voor benchmark?	(10)(2e)/EPI
	A	Handreiking schrijven voor BCO op bijv. scholen en slachterijen. Is beleid slachterijen te uniformeren naar plekken waar dicht op elkaar wordt gewerkt in combinatie 9of niet) met veel mensen op klein oppervlak wonen. Voor schollen uitbreiding A26 werkzaamheden nodig voor COVID-19?	(10)(2e)/(10)(2e) en (10)(2e)/(10)(2e)
	B	Speekselwat en/af feces materiaal voor diagnostiek is zeker mogelijk	(denk aan feces uit FFX onderzoek ook op kweek zetten)

288747

	A	voor kinderen tot 8 jaar. Dit is ook mogelijk met feces. Indien feces afgenomen bij kinderen dit graag in combinatie met speeksel.Test materialen zijn beperkt aanwezig (IDS) maar er kan ook kwijl opgevangen worden als alternatief. Inf@ct bericht voorbereiden met uitleg over deze test mogelijkheden; bij welke labs mogelijk? (GGD kan zelf contact opnemen met lab. Voor precieze afstemming en uitvoering) Aanpassen diagnostiek paragraaf RL	(10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e)
234	A	In Q en A vormuitleggen wat sensitiviteit en specificiteit en betrouwbaarheid betekent bij laboratorium testen. Ook voor wanneer firma zegt is getest door RIVM (maar bijv. slecht test resultaat dan niet noemen). Dit evt. ook verwoorden in RL bij diagnostiek paragraaf.	(10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) (10)(2e))
179	A	Randvoorwaarden testen moleculair en serologie. Conclusies volgen uit werkgroep serologie volgende RT terugkoppeling. Randvoorwaarden testen moleculair en serologie formuleren. Serologische diagnostiek aanvulling beschrijven; immuniteit duiden (commerciële lab's zullen dit steeds meer gaan gebruiken)	(10)(2e) ((10)(2e) / (10)(2e)) **29/5**
211	A	Updates contact monitoring in RT presenteren; vanuit de regio?	(10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) 29/5 of 2/6 (10)(2e) en /of (10)(2e)
212	A	Is uit nertsenfeces covid-19 kweekbaar? Resultaten gebruiken voor beleid bij (andere) nertsenbedrijven m.b.t. feces uitrijden. Organiseren AOZ?!	(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)
214	A	Maandelijks update relatie luchtkwaliteit -veehouderij-covid-19 stavanza onderzoek.	(10)(2e) 12/6
216	A	Vervolgens duiding voor algemeen publiek wat betreft feces en hygiënische maatregelen formuleren. Hierbij FMS; arts infectie preventie ((10)(2e) (10)(2e)); en deskundige infectiepreventie betrekken. +26/5 besmettelijkheid in openbare gezondheid formuleren in trant van	(10)(2e) 29/5

		feces moet je altijd hygienisch behandelen.	
217	A	BCO info meer op de voorgrond in de rapportages op de web-site	(10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e) / (10)(2e)
226	A	Fylogenie komende maand ook aandacht voor niet geclusterde referenties (GGD'en insturen) Rioolwater in combinatie met humane isolaten uit zelfde omgeving (teststraat) En aandacht voor psychogeriatrie (clusters vallen op)	Marion/RAC juni

To: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @rivm.nl]; (10)(2e) (10)(2e) [(10)(2e) @gmail.com]; (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e) (10)(2e))'[(10)(2e) @uu.nl]
From: (10)(2e) (10)(2e)
Sent: Thur 5/7/2020 8:16:56 PM
Subject: RE: eerste draft, graag morgen (korte) reactie dan ga ik vrijdag weer verder
Received: Thur 5/7/2020 8:16:57 PM
Fur-Invasive-19-09.pdf

Hi (10)(2e)

Over internationaal, ik had me wat vergist met de mink farms die ik noemde in een comment over de eerste hotspots. Inderdaad nertsen concentratie in noord Lombardije, Nederland, Spanje, China, VS, maar ook in Denemarken bijvoorbeeld. Daar ook zeer veel varkens trouwens. Maar nauwelijks coronavirus. In bijlage wat meer gegevens over Europa.

En hier een idee van livestock productie wereldwijd, van mijn voormalige (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) Wel al oud maar geeft een beeld. https://www.nature.com/articles/sdata2018227/figures/5

Groetjes,
(10)(2e)

Van: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Verzonden op: donderdag 7 mei 2020 20:14
Aan: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>, (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>,' (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>," (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e) (10)(2e))'" < (10)(2e) @uu.nl>
Onderwerp: RE: eerste draft, graag morgen (korte) reactie dan ga ik vrijdag weer verder

Hi (10)(2e)

Ik heb kort ernaar gekeken, niet alles gezien nog. Zie comments en suggesties in bijlage.
Twee extra kaartjes toegevoegd, lijkt me mooi als je er nog eentje met population density bij kunt zoeken om te laten zien hoe opvallend het eigenlijk is dat het juist niet in de grote steden lijkt te zitten.
@(10)(2e). kun jij nog aangeven wat wel/niet als preliminary results hier al in kan?

Groetjes,
(10)(2e)

From: (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>
Sent: donderdag 7 mei 2020 18:25
To: (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) (10)(2e) < (10)(2e) @rivm.nl>; (10)(2e) < (10)(2e) @gmail.com>; (10)(2e) , (10)(2e) . ((10)(2e) (10)(2e))' < (10)(2e) @uu.nl>
Subject: RE: eerste draft, graag morgen (korte) reactie dan ga ik vrijdag weer verder

(10)(2e)
Ik stuur het morgen, ok?

Gr,
(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) Dubbel (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e) (10)(2e)

(10)(2e)

(10)(2e)

Dubbel